

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Teil: Der Gemeinsame Bundesausschuss.....	7
1. Kapitel: Historische Entwicklung.....	9
A. Konfliktlage zwischen Ärzten und Krankenkassen	9
I. Die Zeit vor 1883.....	9
II. Inkrafttreten des KVG	10
III. Kodifikation der RVO	12
B. Vorgängergremien des Gemeinsamen Bundesausschusses	12
I. Zentralausschuss	12
II. Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen	14
III. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.....	15
C. Gemeinsamer Bundesausschuss	17
D. Änderungen infolge des GKV-WSG 2007	18
E. Fazit.....	18
2. Kapitel: Aufbau des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	21
A. Die Trägerorganisationen gem. § 91 I SGB V.....	21
I. Spitzenverband Bund der Krankenkassen, § 217a SGB V	21
1. Organisation.....	21
2. Mitgliedschaft	21
3. Organe.....	22
4. Aufgaben.....	23
II. Kassenärztliche Bundesvereinigungen, § 77 IV SGB V	23
1. Organisation.....	23
2. Mitgliedschaft	24
3. Organe.....	24
4. Aufgaben.....	24
III. Deutsche Krankenhausgesellschaft, § 108a SGB V	25
1. Organisation.....	25
2. Mitglieder.....	26
3. Organe.....	26
4. Aufgaben.....	27
B. Das Beschlussgremium und seine Untergliederungen.....	27
I. Besetzung des Beschlussgremiums.....	27
1. Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	28
2. Vertreter der Leistungserbringer	28
3. Unparteiische Mitglieder.....	29
4. Die Sonderstellung der Patientenvertreter.....	29
a. Allgemeines.....	29
b. Gegenwärtige Ausgestaltung der Patientenbeteiligung.....	30

c. Zu beteiligende Organisationen.....	30
d. Gegenstand und Qualität des Mitwirkungsrechts	31
e. Perspektiven der Patienten- bzw. Versichertenbeteiligung ..	31
II. Besetzung der Unterausschüsse	32
III. Rechtsform des G-BA.....	32
IV. Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums über den G-BA	32
3. Kapitel: Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses	35
A. Beschluss von Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung.....	35
B. Gründung und Trägerschaft des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	35
C. Sonstige Aufgaben.....	36
4. Kapitel: Fazit	37
2. Teil: Normsetzung durch Richtlinien.....	39
5. Kapitel: Funktion der Richtlinien im System des SGB V.....	41
A. Allgemeines.....	41
B. Verortung der Richtlinienkompetenz im Leistungserbringerrecht	42
I. Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Vertragsärzten.....	42
II. Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den zugelassenen Krankenhäusern	44
C. Auswirkungen der Richtlinien auf das Leistungsrecht	45
I. Das Urteil vom 16.12.1993.....	46
II. Das Urteil vom 20.03.1996 – „Methadon-Urteil“	47
III. Die Urteile vom 16.09.1997 – „September-Urteile“	48
D. Fazit.....	49
6. Kapitel: Rechtsnormqualität der Richtlinien	51
A. Allgemeines.....	51
B. Verbindlichkeit der Richtlinien gegenüber den Krankenkassen.....	52
C. Verbindlichkeit der Richtlinien gegenüber den Vertragsärzten.....	53
D. Verbindlichkeit der Richtlinien gegenüber den zugelassenen Krankenhäusern	53
E. Verbindlichkeit der Richtlinien gegenüber den Versicherten.....	54
F. Fazit.....	56
7. Kapitel: Grundrechtsrelevanz der Richtlinien	57
A. Allgemeines.....	57
B. Grundrechte der Krankenkassen.....	57
C. Grundrechte der Vertragsärzte.....	58
D. Grundrechte der zugelassenen Krankenhäuser	59
E. Grundrechte der Versicherten.....	60
F. Fazit.....	62

8. Kapitel: Richtlinien als Form der Normsetzung	63
A. Allgemeines	63
B. Rechtsform des G-BA	64
I. Allgemeines	64
II. Qualifikation des G-BA als juristische Person des öffentlichen Rechts	64
III. Zuordnung des G-BA zu den möglichen Organisationsformen juristischer Personen des öffentlichen Rechts	65
1. Der G-BA als Körperschaft des öffentlichen Rechts	65
2. Der G-BA als Stiftung des öffentlichen Rechts	67
3. Der G-BA als Anstalt des öffentlichen Rechts	68
a. Enger Anstaltsbegriff	68
b. Weiter Anstaltsbegriff	69
aa. Träger des G-BA	70
bb. Tätigkeit des G-BA als öffentliche Angelegenheit	70
cc. Staatliche Aufgabenwahrnehmung „durch“ den G-BA	70
dd. Fehlen von Mitgliedern im körperschaftlichen Sinn	72
ee. Stellungnahme	72
c. Sehr weiter Anstaltsbegriff	72
d. Zwischenergebnis	73
4. Der G-BA als Rechtsform sui generis	73
5. Ergebnis	74
C. Einordnung der Richtlinien in den Kanon der klassischen Rechtsquellen	74
I. Rechtsverordnung	74
1. Begriff	74
2. Kompatibilität mit den Wesensmerkmalen der Richtlinie	75
II. Satzung	76
1. Begriff	76
2. Kompatibilität mit den Wesensmerkmalen der Richtlinie	77
a. Der G-BA als juristische Person des öffentlichen Rechts	77
b. Eigenverantwortliche Erledigung einer öffentlichen Angelegenheit	77
c. Erledigung der Angelegenheit durch die davon Betroffenen	79
aa. Die Problematik der Rechtsform des G-BA	80
bb. Das Kriterium der Interessenhomogenität	81
cc. Wahrung des sog. Korrespondenzgebotes	84
dd. Die Problematik der Bindung Externer	84
3. Ergebnis	86
III. Verwaltungsvorschrift	87
1. Begriff	87
2. Kompatibilität mit den Wesensmerkmalen der Richtlinie	87

IV. Richtlinien als Rechtsnormen sui generis	88
1. Begriff	88
2. Die Problematik des Typenzwangs der Rechtsetzungsformen ...	89
a. Einführung in die Problematik	89
b. Argumente für einen Typenzwang	90
c. Argumente gegen einen Typenzwang	90
d. Ergebnis	91
3. Richtlinien als Normenverträge	92
a. Begriff des Normenvertrages	92
b. Richtlinien als originäre Normenverträge	93
c. Richtlinien als derivative Normenverträge	94
4. Richtlinien als unbenannter Typus einer Rechtsnorm sui generis	95
5. Ergebnis	95
V. Fazit	96
9. Kapitel: Institutionelle Legitimation des G-BA	97
A. Allgemeines	97
B. Institutionelle Legitimation des G-BA nach Art. 87 II GG	98
I. Enge Interpretation des Begriffs des „sozialen Versicherungsträgers“	98
II. Weite Interpretation des Begriffs des „sozialen Versicherungsträgers“	98
III. Ergebnis	100
C. Institutionelle Legitimation des G-BA nach Art. 87 III 1 GG	100
I. Gesetzgebungskompetenz des Bundes	101
1. Gesetzgebungskompetenz über die Ausgestaltung des Vertragsarztrechts	101
2. Gesetzgebungskompetenz über die Ausgestaltung des Krankenhausrechts	102
a. Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 I Nr. 19a GG	102
b. Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 I Nr. 12 GG	103
3. Ergebnis	103
II. Verfassungsmäßigkeit der Rechtsform des G-BA	104
D. Fazit	105
10. Kapitel: Demokratische Legitimation des G-BA	107
A. Allgemeines	107
I. Das Grundmodell demokratischer Legitimation	108
II. Der Sonderfall: Demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung	108
B. Erforderlichkeit demokratischer Legitimation der Normsetzung des G-BA	109
I. Grundsatz	109

II. Ausnahmen	110
1. Partielle Entbehrlichkeit demokratischer Legitimation des G-BA mangels Grundrechtsrelevanz der Richtlinienggebung	110
a. Darstellung des Modells	110
b. Anwendung auf den G-BA	111
2. Generelle Entbehrlichkeit demokratischer Legitimation aufgrund formeller Autonomie des G-BA	112
a. Darstellung des Modells	112
b. Anwendung auf den G-BA	113
III. Ergebnis	114
C. Personell-organisatorische Legitimation des G-BA	114
I. Allgemeines	114
II. Das demokratische Legitimationssubjekt des G-BA	116
1. Das Bundesvolk als Legitimationssubjekt	116
2. Das Verbandsvolk als Legitimationssubjekt	117
a. Das Verbandsvolk als legitimationsfähiges Teilvolk	119
aa. Anerkennung des Verbandsvolks als legitimationsfähiges Teilvolk	119
bb. Ablehnung des Verbandsvolks als legitimationsfähiges Teilvolk	120
b. Zwischenergebnis	120
3. Ergebnis	121
III. Kompensation der mangelnden personell-organisatorischen Legitimation des G-BA durch das Bundesvolk	122
1. Kompensation durch autonome Legitimation	122
a. Darstellung des Modells	122
b. Anwendung auf den G-BA	124
aa. Autonome Legitimation gegenüber den Krankenkassen und Versicherten	125
bb. Autonome Legitimation gegenüber den Vertragsärzten	126
cc. Autonome Legitimation gegenüber den zugelassenen Krankenhäusern	127
dd. Autonome Legitimation gegenüber den sonstigen Leistungserbringern	127
ee. Sonderfall: Legitimation der unparteiischen Mitglieder	128
c. Zwischenergebnis	128
2. Kompensation durch kollektiv-personelle Legitimation	129
a. Darstellung des Modells	129
b. Anwendung auf den G-BA	130
aa. Schaffung des G-BA als juristische Person	130
bb. Genuin personelle Prägung des Gründungsaktes	131
cc. Das Niveau der kollektiv-personellen Legitimation des G-BA	132

dd. Die Rechtsetzung des G-BA gegenüber Externen.....	133
c. Zwischenergebnis.....	133
IV. Dispension vom Erfordernis der personell-organisatorischen Legitimation des G-BA durch das Bundesvolk	134
1. Dispension durch Art. 87 II GG.....	135
a. Darstellung des Modells.....	135
b. Anwendung auf den G-BA.....	136
2. Dispension durch Art. 87 III 1 GG.....	137
a. Darstellung des Modells.....	137
b. Anwendung auf den G-BA.....	138
V. Ergebnis.....	139
1. Kategorisierung der Legitimationsmodelle nach dem Grad der vermittelten personell-organisatorischen Legitimation.....	139
a. Grundlegung.....	139
b. Kategorisierung nach dem Grad der personell- organisatorischen Legitimation	140
c. Folgen für den Grad sachlich-inhaltlicher Legitimation	141
2. Kategorisierung der Auffassungen nach ihren personellen Grenzen.....	141
D. Sachlich-inhaltliche Legitimation des G-BA.....	142
I. Allgemeines.....	142
II. Vorliegen eines ausreichend bestimmten Parlamentsgesetzes.....	143
1. Die Problematik der Ermittlung des erforderlichen Bestimmtheitsgrades	143
2. Untersuchung der Bestimmtheit der Richtlinienermächtigungen des G-BA	144
III. Demokratische Verantwortlichkeit gegenüber dem Gesamtvolk.....	146
1. Allgemeines	146
2. Instrumente zur Sicherung der demokratischen Verantwortlichkeit des G-BA	146
a. Präventive Steuerungsinstrumente	147
b. Repressive Steuerungsinstrumente.....	147
IV. Der Grad der sachlich-inhaltlichen Legitimation des G-BA.....	148
E. Gesamtabwägung: Erreichen eines effektiven Niveaus.....	150
I. Allgemeines.....	150
II. Festlegung des erforderlichen Niveaus demokratischer Legitimation	150
III. Abwägung: Effektivität der demokratischen Legitimation nach dem jeweiligen Legitimationsmodell	152
1. Autonome Legitimation	152
2. Kollektiv-personelle Legitimation	153
3. Dispension durch Art. 87 III 1 GG.....	154
IV. Fazit	154

11. Kapitel: Gesamtergebnis	159
3. Teil: Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungsanspruch des Versicherten	161
12. Kapitel: Einführung in die Problematik	163
13. Kapitel: Der Anspruch des GKV-Versicherten auf Krankenbehandlung	165
A. Leistungsanspruch im Krankheitsfall	165
B. Ausgangspunkt: Rahmenrecht auf Krankenbehandlung	165
C. Voraussetzungen des Rahmenrechts auf Krankenbehandlung	167
I. Versicherteneigenschaft, §§ 5 – 10 SGB V	167
II. Versicherungsfall: Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn	168
1. Regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand	169
2. Behandlungsfähigkeit des regelwidrigen Zustandes	170
3. Behandlungsbedürftigkeit des regelwidrigen Zustandes	171
4. Kausalität zwischen dem regelwidrigen Körper- oder Gesundheitszustand und der Behandlungsbedürftigkeit	172
III. Notwendigkeit der Krankenbehandlung	172
IV. Erforderlichkeit weiterer Voraussetzungen nach § 27 I 2 SGB V i.V.m. §§ 28 ff. SGB V	173
1. Recht auf ambulante Versorgung, § 27 I 2 SGB V i.V.m. § 28 SGB V	173
2. Recht auf stationäre Versorgung, § 27 I 2 SGB V i.V.m. § 39 SGB V	174
3. Subsidiarität der stationären gegenüber der ambulanten Versorgung, § 39 I 2 SGB V	175
D. Rechtsinhalt	176
I. Krankenbehandlung	176
II. Konkretisierung des Rahmenrechts auf Krankenbehandlung	176
1. Vorsteuerung durch den allgemeinen Teil des SGB V	177
a. Allgemeine Leistungsmodalitäten, § 2 I 3 SGB V	178
aa. Allgemein anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse	178
bb. Qualität und Wirksamkeit der Leistung	180
b. Wirtschaftlichkeit der Leistung im weiteren Sinne, § 2 I 1 SGB V i.V.m. § 12 SGB V	182
aa. Zweckmäßigkeit oder Eignung der Leistung	183
bb. Ausreichende Leistung	183
cc. Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Leistung	184
dd. Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne	185

2.	Vorsteuerung durch das Leistungsrecht des SGB V, §§ 27 ff. SGB V	197
a.	Ambulanter Sektor, § 28 I 1 SGB V	198
b.	Stationärer Sektor, § 39 I 3 SGB V	199
3.	Vorsteuerung durch das Leistungserbringerrecht, §§ 70 ff. SGB V	199
a.	Allgemeines.....	199
b.	Beauftragung des G-BA zum Beschluss von Richtlinien, § 92 I SGB V	199
c.	Verbot der Erbringung neuer Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden im ambulanten Sektor, § 135 SGB V	200
d.	Erlaubnis der Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Sektor, § 137c SGB V	201
III.	Grenzen des Rechtskonkretisierungskonzeptes des BSG	202
1.	Systemmangel bzw. Systemversagen.....	202
a.	Mangel des gesetzlichen Leistungssystems.....	203
b.	Bestehen einer Versorgungslücke	203
2.	Singularerkrankungen	204
a.	Inkompatibilität der Singularerkrankung mit der Systematik des SGB V.....	204
b.	Vorliegen eines Seltenheitsfalls	205
c.	Wirksamkeitsnachweis.....	205
3.	Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen.....	205
a.	Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit	206
b.	Bestehen einer Versorgungslücke	206
c.	Wirksamkeitsnachweis.....	206
E.	Ergebnis.....	207

14. Kapitel: Das Verfahren zur Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungsanspruch des

GKV-Versicherten.....	209
A. Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante Versorgung.....	209
I. Empfehlung in Richtlinien des G-BA, § 135 I SGB V	210
1. Normzweck	210
2. Der Methodenbegriff des § 135 I SGB V	211
a. Untersuchungs- oder Behandlungsmethode	211
b. Bestimmung des Methodenbegriffs.....	211
aa. Die „Methode“ als Zusammenfassung ärztlicher Einzelleistungen	212
bb. Die Art der ärztlichen Einzelleistung	212
cc. Eigenständige wissenschaftliche Fundierung	214
dd. Komplexität des technischen Ablaufs	215

3.	Neuheit der Methode.....	216
a.	Grundsatz	216
b.	Ausnahmen.....	216
aa.	Änderung der Indikation oder der Art der Erbringung der Methode.....	217
bb.	Bewährung der Methode in der vertragsärztlichen Versorgung	217
cc.	Partielle Integration einiger Methodenbestandteile in den EBM	218
4.	Anforderungen an die Zulassung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode	219
a.	Vorliegen eines Bewertungsantrags	220
b.	Positive Empfehlung in Richtlinien des G-BA.....	220
aa.	Die Kriterien zur Methodenbewertung, § 135 I 1 Nr. 1 SGB V	220
bb.	Kriterien zur Sicherung der sachgerechten Durchführung einer Methode, § 135 I 1 Nr. 2 SGB V	223
cc.	Anforderungen an die ärztlichen Aufzeichnungen, § 135 I 1 Nr. 3 SGB V	224
5.	Rechtsfolge: Zulassung der Methode zur vertragsärztlichen Versorgung	224
a.	Grundsatz	224
b.	Ausnahmen.....	225
aa.	Fehlende Regelungen zur Prozessqualität, § 135 I 1 Nr. 1 SGB V	225
bb.	Fehlende Regelungen zur Strukturqualität, § 135 I 1 Nr. 2 SGB V	225
cc.	Fehlende Regelungen zur ärztlichen Dokumentation, § 135 I 1 Nr. 3 SGB V	226
II.	Aufnahme der Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, § 87 SGB V	226
1.	Der Einheitliche Bewertungsmaßstab, § 87 II SGB V	226
2.	Der Bewertungsausschuss.....	227
a.	Einfacher Bewertungsausschuss, § 87 III SGB V	228
b.	Erweiterter Bewertungsausschuss, § 87 IV SGB V	229
3.	Aufnahmekriterien	229
a.	Vorliegen einer ärztlichen Einzelleistung	229
b.	GKV-Konformität der ärztlichen Einzelleistung.....	230
c.	Bestehen eines ausreichenden Vergütungsrahmens	231
4.	Aufnahmeverfahren	232
a.	Definition der ärztlichen Einzelleistung	232
b.	Bewertung der Leistung mit Leistungspunkten.....	233
aa.	Allgemeine Anforderungen gem. § 72 II SGB V	233
bb.	Spezielle Anforderungen gem. §§ 85 III, 87 II SGB V	234

5. Rechtsfolge	234
III. Verfahren bei fehlender Aufnahme der Untersuchungs- und Behandlungsmethode in den EBM	235
IV. Rechtsfolgen nach Abschluss des Verfahrens im G-BA und im Bewertungsausschuss	235
B. Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die stationäre Versorgung.....	236
I. Kompatibilität der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode mit dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses.....	236
1. Der Begriff des Krankenhauses gem. § 2 KHG i.V.m. § 107 I SGB V	237
2. Bestimmung des Versorgungsauftrages	238
a. Plankrankenhaus, § 108 Nr. 2 SGB V	239
b. Hochschulklinik, § 108 Nr. 1 SGB V	240
c. Vertragskrankenhaus, § 108 Nr. 3 SGB V	240
3. Zuordnung der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode zum Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses	241
II. Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse .	242
1. Allgemeines	242
2. Vergütung von Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen	242
3. Vergütung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode mit bestehenden DRGs	243
4. Vergütung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode aufgrund einer individuellen Vergütungsabrede	243
III. Kein Ausschluss der Untersuchungs- oder Behandlungsmethode durch Richtlinien des G-BA i.S.d. § 137c I SGB V	245
1. Normzweck	245
2. Der Methodenbegriff des § 137c SGB V	246
3. Verzichtbarkeit des Kriteriums der Neuheit einer Methode.....	246
4. Anforderungen an den Ausschluss einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode aus der stationären Versorgung	247
a. Vorliegen eines Bewertungsantrags	247
b. Negative Bewertung in Richtlinien	248
aa. Art der Entscheidung	248
bb. Bewertungskriterien	248
5. Rechtsfolgen	249
a. Grundsatz: Ausschluss der Methode vom Versorgungsumfang im stationären Sektor	249
b. Ausnahme: Klinische Forschung.....	250
C. Verhältnis von § 135 SGB V und § 137c SGB V	251
D. Fazit.....	253

15. Kapitel: Das Verfahren der Methodenbewertung im G-BA	257
A. Allgemeines.....	257
B. Rechtscharakter der Verfahrensordnung des G-BA	258
C. Aufbau der Verfahrensordnung des G-BA	259
D. Einleitung des Bewertungsverfahrens	259
I. Annahme des Bewertungsantrags durch den G-BA.....	260
1. Antragsberechtigung des Antragstellers.....	260
2. Form und Inhalt des Antrags.....	261
3. Bestimmung der Neuheit der Methode im ambulanten Sektor	261
II. Festlegung der Reihenfolge der Methodenbewertung	262
III. Ankündigung der Bewertung durch den G-BA	263
E. Feststellung der GKV-Konformität der Methode.....	263
I. Bewertungsmaßstab: Evidenzbasierte Medizin	263
1. Allgemeines	264
2. Die „klassische“ Form der ebM	265
3. Die Sonderform der „evidenzbasierten Gesundheitsversorgung“	266
4. Übereinstimmung mit den Anforderungen des SGB V.....	268
II. Die Kriterien zur Methodenbewertung	269
1. Nutzen der Methode.....	270
a. Interpretation des Begriffs in der Verfo G-BA.....	270
b. Übereinstimmung mit den Anforderungen des SGB V.....	271
2. Notwendigkeit der Methode.....	272
a. Interpretation des Begriffs in der Verfo G-BA.....	272
b. Übereinstimmung mit den Anforderungen des SGB V.....	273
3. Wirtschaftlichkeit der Methode.....	274
a. Interpretation des Begriffs in der Verfo G-BA.....	274
b. Übereinstimmung mit den Anforderungen des SGB V.....	274
4. Ergebnis	276
III. Bewertungsperspektive: Sektorenübergreifender Ansatz	277
IV. Bewertungsunterlagen	278
1. Antragsbegründung des Antragstellers	278
2. Eigene Recherchen des G-BA.....	278
3. Empfehlungen durch das IQWiG.....	279
a. Errichtung und Besetzung des Instituts	279
b. Aufgaben des Instituts.....	280
c. Aufgabenerfüllung durch das Institut.....	281
d. Bindungswirkung der Empfehlungen des Instituts.....	282
4. Stellungnahmen Dritter	282
V. Klassifizierung und Bewertung der Unterlagen.....	283
1. Evidenzklassifizierung	284
a. Allgemeines.....	284
b. Vorgehensweise des G-BA	285
c. Diagnostische Methoden	286
d. Therapeutische Methoden	288

2. Qualitätsbewertung	289
a. Interne Validität der Studien	289
aa. Interventionsstudien	291
bb. Studien zur diagnostischen Genauigkeit.....	291
cc. Screening-Untersuchungen.....	292
b. Externe Validität der Studien	292
aa. Die Problematik der Effektmodifikation	292
bb. Umgang mit Effektmodifikationen.....	293
VI. Abschließende Gesamtabwägung.....	294
F. Abschluss des Bewertungsverfahrens.....	295
G. Fazit.....	296
16. Kapitel: Gesamtergebnis	299
Zusammenfassung in Thesen	301
Teil 2: Normsetzung durch Richtlinien.....	301
Teil 3: Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungsanspruch des Versicherten	302
Literaturverzeichnis	307

Hinsichtlich aller in diesem Werk verwendeten Abkürzungen wird – sofern diese nicht im Text erläutert werden – auf *Hildebert Kirchner/Cornelie Butz, Abkürzungsverzeichnis der Rechtssprache (5. Auflage, Berlin 2003)* verwiesen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss
Normsetzung durch Richtlinien sowie Integration neuer
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den
Leistungskatalog der GKV
Zimmermann, C.
2012, XX, 326 S., Hardcover
ISBN: 978-3-642-22751-6