

Geschäftsbericht

2021



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Der G-BA in Zahlen

5 000

*Beschlüsse hat der G-BA
seit seiner Gründung 2004
getroffen; die Marke wurde
am 2. September 2021
erreicht.*



*Erprobungsstudien zu neuen
Untersuchungs- und Behandlungs-
methoden hat der G-BA bis Ende
2021 auf den Weg gebracht.*

146

*frühe Nutzenbewertungen
von Arzneimitteln führte
der G-BA im Jahr 2021 durch;
ein neuer Rekord!*

20

*seiner Patienteninformationen
bietet der G-BA in Leichter
Sprache an.*



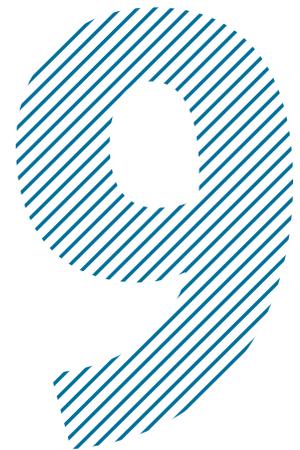
Anträge und Ideenskizzen
sind auf Förderbekanntmachungen
des beim G-BA angesiedelten
Innovationsausschusses im Jahr 2021
eingegangen.



Downloads erfolgten 2021
von der  Website des G-BA.



Prozent beträgt der Frauenanteil
an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
der G-BA-Geschäftsstelle in Berlin.



Leistungen gibt es,
zu denen der G-BA bislang
Mindestmengenregelungen
festgelegt hat.



Pressemitteilungen und
Meldungen zu aktuellen Themen
hat der G-BA im Jahr 2021
veröffentlicht.

73¹ Millionen Menschen

sind in Deutschland gesetzlich krankenversichert.

Sie haben Anspruch auf eine – so formuliert es der Gesetzgeber – ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung.

Denn die Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen so eingesetzt werden, dass Kranke auch wirklich davon profitieren und die Krankenversicherung zugleich für alle bezahlbar bleibt. Angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts, der auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor ist, bleibt dies eine besondere Herausforderung. Bei der Bewältigung dieser Aufgabe spielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine zentrale Rolle.

Er definiert, was im Einzelnen unter einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung zu verstehen ist. In Richtlinien legt er rechtsverbindlich den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten fest. Und er sorgt dafür, dass Patientinnen und Patienten nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse untersucht und behandelt werden.

¹73,52 Millionen Menschen laut amtlicher Statistik KM 1, Dezember 2021.

Inhalt

4 **Editorial**

6 **Der G-BA im Corona-Jahr 2021**



9 **Leistungen ausbauen**

10 **Strukturierte Behandlungspfade
für chronisch Kranke**

10 Neues DMP Rheumatoide Arthritis

12 Arbeit am DMP Adipositas begonnen

13 **Spezialisierte Teams für komplexe Behandlungen**

13 Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

14 Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

15 **Neue Verordnungsleistungen**

15 Leichter Zugang zur Reha

16 Heilmittelbehandlungen künftig auch per Video möglich

17 Krankschreibung per Videosprechstunde

19 **Versorgung und Qualität steuern**

20 **Frühe Nutzenbewertung:
Mehr neue Wirkstoffe denn je**

24 **Auf dem Weg zur EU-weiten
Arzneimittelbewertung**

26 **Der Komplexität außerklinischer
Intensivpflege gerecht werden**

29 **Versicherteninformationen –
gute Entscheidungshilfen**

30 **Zweitmeinung vor planbaren Eingriffen:
Möglichkeiten werden ausgeweitet**

32 **Patientenbefragungen in Vorbereitung**

35 **Zahnnerv-Überkappungen nach
sorgfältiger Diagnostik**

- 37 **Strukturen für eine gute Versorgung schaffen**
- 38 **Netzverbände für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**
- 41 **Mindestmengen: Konzentration von Operationen auf Standorte mit Erfahrung**
- 44 **Bedarfsgerechter Verteilungsschlüssel für Arztsitze**



- 47 **Der Gemeinsame Bundesausschuss**
- 48 **Zusammensetzung und Arbeitsweise**
- 50 **Die Mitglieder des G-BA-Plenums**
- 52 **Die Geschäftsstelle**
- 52 Finanzierung
- 53 Bürokratiekostenermittlung
- 53 Fristenmonitoring
- 55 **Recherchetipps**

Editorial

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

das Jahr 2021 war für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in besonderem Maße durch Neubeginn und Kontinuität gekennzeichnet. Weiterhin herausfordernd war die Corona-Pandemie für die Gesundheitsversorgung. Die Pandemie und das Virus haben sich im Vergleich zum Vorjahr zwar verändert; statt eines linearen gab es nun einen wellenförmigen Verlauf und verschiedene Virusvarianten. Die Belastungen

für das Gesundheitssystem blieben trotzdem hoch. Das prägte natürlich die Arbeit des G-BA. Er fasste rund 60 Beschlüsse allein zur Corona-Pandemie und verlängerte seine Sonderregelungen zu Richtlinien mehrfach. Die Überlegung dabei: Wenn es hilft, Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten für die Patientenversorgung und fürs Impfen Freiräume zu verschaffen, müssen einzelne Anforderungen und Dokumentationsvorgaben zur Qualitätssicherung in dieser Ausnahmesituation weiterhin auf ein unverzichtbares Minimum reduziert werden. Denn es galt, das Funktionieren der Krankenhäuser trotz der Personalengpässe abzusichern, im ambulanten Bereich unnötige direkte Arzt-Patienten-Kontakte zu reduzieren und so das Infektionsrisiko zu senken. Zugleich setzte der G-BA alles daran, die Gesundheitsversorgung für alle aufrechtzuerhalten – ganz gleich, ob sie an COVID-19 erkrankt waren oder aus anderen Gründen wie einem Herzinfarkt oder wegen einer chronischen Erkrankung medizinische Hilfe brauchten.

Unser Dank gilt an dieser Stelle erneut den Pflegerinnen und Pflegern, den Ärztinnen und Ärzten sowie all den Menschen, die in medizinischen Einrichtungen oder in Pflegeheimen seit vielen Monaten bis zur eigenen Erschöpfung arbeiten und damit unbeschreiblich viel für unsere Gesellschaft leisten.

Wie schon im Vorjahr konnte der G-BA in dieser besonderen Situation dankenswerterweise auf die Bereitschaft aller Trägerorganisationen und der Patientenvertreter zählen, sach- und lösungsorientiert zu agieren. Ebenso danken wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle. Sie haben auch 2021 kompetent und verlässlich die Herausforderungen der Pandemie bewältigt, um Abläufe und Prozesse abzusichern. Damit konnte die Arbeit des G-BA unter pandemiebedingten veränderten Bedingungen ordnungsgemäß und rechtsicher ablaufen.

Die Aufgabe des G-BA ist es, die Details des Leistungsanspruchs in der gesetzlichen Krankenversicherung festzulegen. Die Aufträge dazu erteilt ihm der Gesetzgeber. Trotz der Ausnahmesituation durch die Corona-Pandemie setzte der G-BA seine „normalen“ Beratungsaufträge engagiert um. Inhaltlich war die Bandbreite groß: Der G-BA hat zahlreiche neue Leistungen abschließend geprüft, die nun allen gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen. Ebenso hat er einen neuen Rekord bei der Bewertung neuer Arzneimittel hinsichtlich ihres patientenrelevanten Zusatznutzens aufgestellt. Etliche neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat er bewertet, die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung aktualisiert und verschiedene Qualitätsregelungen im Blick behalten. Neben der Weiterentwicklung bestehender Richtlinien hat der G-BA im Jahr 2021 auch mehrere neue beschlossen. Details zu diesen und anderen Ergebnissen stellen wir hier im Geschäftsbericht genauer vor.

Schwarz auf weiß findet sich dieses Engagement auch im Fristenbericht: Von den 688 Verfahren wurden 664 (96,5 Prozent) im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Frist abgeschlossen – bei einer gestiegenen Zahl von Verfahren. Nahezu alle Sitzungen fanden als Videokonferenz statt.



Dr. Christian Igel

*Geschäftsführer der
Geschäftsstelle des G-BA*



Prof. Josef Hecken
*Unparteiischer Vorsitzender
des G-BA*

Einen personellen Neuanfang gab es beim G-BA im Sommer 2021: Karin Maag, bisher Gesundheitspolitikerin im Deutschen Bundestag, übernahm den mit dem Ausscheiden von Prof. Elisabeth Pott im Frühjahr frei gewordenen Posten als unparteiisches Mitglied.

Anfang Dezember 2021 unterzeichnete die jetzige Bundesregierung aus SPD, Grünen und FDP ihren Koalitionsvertrag; angekündigt darin eine Reform des G-BA. Danach soll die Selbstverwaltung ihre Entscheidungen weiterhin an evidenzbasierten Kriterien ausrichten, aber beschleunigen und der Patientenvertretung, der Pflege und anderen Gesundheitsberufen „weitere Mitsprachemöglichkeiten“ einräumen, „sobald sie betroffen sind“. Dieser Diskussion stellen wir uns gern. Wir sind sicher, angesichts der finanziellen Herausforderungen, vor denen die Gesetzliche Krankenversicherung mittlerweile steht, ist die Arbeit des G-BA noch wichtiger geworden. Bei Reformen muss der Gesetzgeber jedoch zwingend die Arbeits- und Entscheidungsfähigkeit des G-BA im Blick behalten. Denn wenn einerseits die Beratungsverfahren zügiger, zugleich weiterhin evidenzbasiert und konsensorientiert ablaufen sollen, andererseits aber möglichst viele Akteurinnen und Akteure daran zu beteiligen sind, kann das am Ende nicht mehr funktionieren. Bei jeder Optimierung, die der Gesetzgeber vornimmt, muss der G-BA so gestärkt werden, dass er seine Aufgaben auch in Zukunft evidenzbasiert und sachgerecht erfüllen kann.



Karin Maag
*Unparteiisches Mitglied
des G-BA*



Dr. Monika Lelgemann
*Unparteiisches Mitglied
des G-BA*

Auf den kommenden Seiten zeigen wir Ihnen die besonders wichtigen Beratungsthemen, die im Jahr 2021 abgeschlossen werden konnten. An wenigen Stellen geben wir einen Ausblick auf Arbeitsaufträge, die uns künftig beschäftigen werden. Wie schon im letzten Geschäftsbericht rücken wir die On- und die Offline-Ausgabe zusammen: Über einen QR-Code in der Printfassung können Sie weiterführende Informationen abrufen.

Wir freuen uns über Ihr Interesse am Gemeinsamen Bundesausschuss und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und Blättern ... weil Gesundheit wichtig ist.

Finden Sie hier alle
➤ *verlinkten Inhalte*
und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#1



Der G-BA im Corona-Jahr 2021

Steigende Infektionszahlen und neue Virusvarianten haben das Gesundheitssystem auch im zweiten Jahr der COVID-19-Pandemie stark belastet. Mehrfach verlängerte der G-BA deshalb bestehende Sonderregelungen. Er öffnete zudem den Weg, Expertenwissen via Telemedizin bei der Patientenversorgung zu nutzen.

Frist verlängert

Herstellern innovativer COVID-19-Arzneimittel, die sich 2021 im beschleunigten Zulassungsverfahren (Rolling Review) befanden, verschaffte der G-BA in der Pandemie fünf Monate mehr Zeit, ihre Dossiers zur frühen Nutzenbewertung einzureichen. Vorgeschrieben ist eine Dossier-vorlage sonst zum Markteintritt in Deutschland. Sechs Wirkstoffe waren bis Jahresende 2021 bereits von der Regelung betroffen.

54

*Beschlüsse hat der G-BA 2021
rund um Ausnahmeregelungen
zur COVID-19-Pandemie
getroffen.*

Sonderanalyse beauftragt

Der G-BA will die Auswirkungen der Pandemie auf die Ergebnisse des Leistungsbereichs „Ambulant erworbene Pneumonie in den Kliniken“ genauer untersuchen. Damit ➤ *beauftragt* ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Sonderregelungen verlängert

Alle Sonderregelungen, die halfen, unnötige direkte Arzt-Patienten-Kontakte in der Pandemie zu vermeiden, verlängerte der G-BA mehrfach, auch bis ins Jahr 2022 hinein. Oberstes Ziel dabei war es, das Infektionsrisiko für das medizinische Personal und für vulnerable Gruppen so gering wie möglich zu halten.

So konnten Patientinnen und Patienten mit leichten Atemwegserkrankungen auch 2021 nach eingehender telefonischer Beratung für bis zu 7 Kalendertage krankgeschrieben werden. Eine einmalige Verlängerung um weitere 7 Kalendertage blieb bei Bedarf möglich. Klinikärztinnen und -ärzte durften Patienten sogar bis zu 14 Kalendertage nach der Entlassung krankschreiben und ihnen Heilmittel verordnen. Eltern von Kindern im Alter von 1 bis 6 Jahren konnten die Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 außerhalb der eigentlichen Untersuchungszeiträume nutzen.

Folgeverordnungen für Arzneimittel, häusliche Krankenpflege, Hilfs- und Heilmittel durften das gesamte Jahr 2021 hindurch auch nach telefonischer Anamnese ausgestellt werden. Voraussetzung war eine unmittelbare persönliche Untersuchung vor der Erstverordnung. Krankentransportfahrten von COVID-19-positiven Versicherten und Personen unter behördlich angeordneter Quarantäne zu zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen mussten nicht vorab von der Krankenkasse genehmigt werden.

Auch blieben bestimmte Heilmittelbehandlungen per Video möglich, wenn die Patientin oder der Patient in der Praxis bereits bekannt war. Allerdings mussten beide Seiten dem zustimmen

und die Behandlungen mussten sich dafür eignen. Videobehandlungen waren auch bei der Soziotherapie möglich, ebenso bei Schulungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP). Innerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) war eine Telefonberatung erlaubt.

Damit sich Kliniken ganz auf die Patientenversorgung konzentrieren und Personal flexibler einsetzen konnten, setzte der G-BA Personalvorgaben in der Qualitätssicherung teilweise aus und ließ ein Abweichen von Mindestmengenvorgaben unter besonderen Umständen zu. Kontrollen von Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst wurden streckenweise ausgesetzt.

Wissenstransfer via Telemedizin

Der G-BA ermöglichte es bereits ab Februar 2021, das in Spezialkliniken der Herz- und Lungenmedizin vorhandene Expertenwissen bei der Versorgung besonders komplizierter COVID-19-Fälle auch in der Breite zu nutzen. Ab dem 20. Februar 2021 wurden die sogenannten Zentrumszuschläge auch um digital gestützte Leistungen im Bereich Intensivmedizin erweitert.

Mithilfe von Audio-Videoübertragung wurden dadurch gemeinsame virtuelle Behandlungen, interdisziplinäre Konsultationen und Fallbesprechungen zwischen allgemeinen und spezialisierten Krankenhäusern möglich.

Zentren eines intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerks (IDV-Zentren) konnten 2021 Zuschläge für telemedizinische Beratungen bei COVID-19 erhalten.

Intensivmedizinische Beratung bei COVID-19

Anforderungen an IDV-Zentren, u. a.:

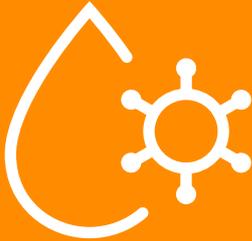
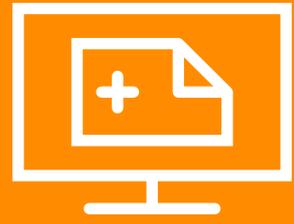
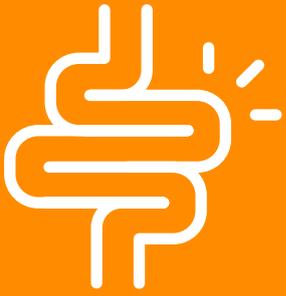
- besondere intensivmedizinische Kompetenz
- besondere telemedizinische Kompetenz und Ausstattung
- Mindestfallzahlen mit COVID-19



Interdisziplinäre Fallkonferenzen, fachspezifische Kolloquien



Abgabe von Behandlungsempfehlungen



Leistungen ausbauen

Strukturierte Behandlungspfade für chronisch Kranke

Disease-Management-Programme (DMP) helfen, bei chronischen Krankheiten Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und Folgeschäden zu vermeiden. Betroffene können sich durch den koordinierenden Arzt bei ihrer Krankenkasse in ein DMP einschreiben lassen und werden dann nach aktuellsten Behandlungsleitlinien versorgt. 2021 wählte der G-BA mit der Rheumatoiden Arthritis bereits die zehnte Erkrankung aus und definierte inhaltliche Programmdetails.

Finden Sie hier alle
 ↗ *verlinkten Inhalte*
 und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#2



550 000

*Menschen und damit knapp
 1 Prozent der erwachsenen
 Bevölkerung in Deutschland haben
 eine Rheumatoide Arthritis.*



Neues DMP Rheumatoide Arthritis

Die ↗ *Rheumatoide Arthritis* ist eine chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung, bei der das körpereigene Abwehrsystem aus ungeklärter Ursache die Innenhaut der Gelenke und im weiteren Verlauf auch innere Organe angreifen kann. Zur systematischen Behandlung dieser Krankheit ↗ *beschloss* der G-BA am 18. März 2021 ein neues DMP. Aufgegriffen hatte er das Thema nach einem offenen Vorschlagsverfahren mit Institutionen aus der Versorgung.

Das neue DMP richtet sich an erwachsene Patientinnen und Patienten mit der gesicherten Diagnose „Rheumatoide Arthritis“. Die koordinierte Betreuung soll eine bestmögliche Therapie sicherstellen und Spätfolgen wie zum Beispiel die Zerstörung der Gelenke minimieren oder verhindern. Denn in den ersten drei Monaten nach Auftreten der Symptome sind die Gelenke mit den umliegenden Knorpeln, Knochen und Sehnen noch nicht wesentlich durch die Entzündung geschädigt.

Klare Diagnosestandards helfen, Betroffene sicher zu erkennen und zum Beispiel von Patientinnen oder Patienten mit anderen degenerativen Gelenkveränderungen zu unterscheiden.

Die therapeutischen Maßnahmen im neuen DMP reichen von lebensstilbezogenen Schulungen, Physio- und Ergotherapie bis hin zu Arzneimitteltherapien mit Glukokortikoiden oder krankheitsmodifizierenden Antirheumatika. Es werden hier drei Therapiestufen unterschieden, die auch ein „Ausschleichen“ der Arzneimittelgaben vorsehen.

Seit dem 1. Oktober 2021 ist das DMP in Kraft. Sobald die Verträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenhäusern dazu abgeschlossen sind, können sich Versicherte in das DMP einschreiben lassen.

Hausärztliche Steuerung

Die Therapiesteuerung im neuen DMP Rheumatoide Arthritis läuft über ein Kooperationsmodell. Erstdiagnostik, Therapieeinstieg und die Langzeitbetreuung übernimmt in der Regel die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Zur Diagnoseabsicherung und bei Therapiewechsel wird eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie (internistische/r Rheumatologin/Rheumatologe) zugezogen. Auf diese Weise wird wertvolle Zeit gewonnen, denn Rheumaspezialisten sind in Deutschland rar. 1,5 Millionen Menschen mit entzündlich-rheumatologischen Erkrankungen stehen derzeit etwa 750 Rheumatologinnen und Rheumatologen gegenüber.

Im DMP können die Patientinnen und Patienten nun schnell und koordiniert versorgt werden, ohne Zeit mit Suche und Warten auf einen Termin zu verlieren. Bei Begleiterkrankungen kann die hausärztliche Steuerung im DMP Rheumatoide Arthritis helfen, die Zahl der Medikamente einzugrenzen und damit Wechselwirkungen zu vermeiden.

§

Gesetzliche Krankenkassen können für ihre Versicherten Disease-Management-Programme anbieten. Der G-BA leistet dazu die Vorarbeit. Er benennt geeignete chronische Krankheiten, legt dafür nach medizinischem Forschungsstand den strukturierten Behandlungsablauf fest und hält ihn aktuell. Verantwortlich ist diese Aufgabe in [§ 137f SGB V](#).

Die Entwicklung eines DMP speziell zur Adipositas (siehe S. 12) ist ein Auftrag aus dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ([§ GVWG](#)), das im Juli 2021 in Kraft trat. In der [DMP-Anforderungen-Richtlinie](#) sind alle schon entwickelten DMP zu finden. Mehr Informationen zum Thema finden Sie [hier](#).



DMP sind unbestritten ein sehr gutes Instrument, um Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung leitliniengerecht und koordiniert zu behandeln. Die ersten DMP, die es seit 2002 bzw. 2005 gibt, sind auch in der Versorgung verankert: Derzeit sind rund 7,8 Millionen Versicherte in einem oder mehreren DMP eingeschrieben. Ganz anders sieht es hingegen bei den neuen Programmen aus, die der G-BA zu Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Depression, Osteoporose und Rheuma entwickelt hat. Hier fehlen leider nach wie vor die regionalen Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Zu der Frage, warum dies so ist, gibt es unterschiedliche Vermutungen. Der G-BA prüft 2022, an welchen Stellen es nun wirklich hakt und warum der Sprung von der Theorie in die Praxis nicht erfolgt. Und in erster Linie müssen wir dabei heraus-



Karin Maag

Unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende der Unterausschüsse Disease-Management-Programme, Qualitätssicherung und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

finden, ob es Umsetzungshindernisse gibt, die in unserem Verantwortungsbereich liegen und von uns behoben werden können. Das ist dringlich – auch mit Blick auf das DMP Adipositas, das wir derzeit auf ausdrücklichen Wunsch des Gesetzgebers entwickeln. Denn es hat genau wie die anderen DMP das Potenzial, das derzeit defizitäre Behandlungsangebot deutlich zu verbessern. Aber eben nur, wenn es auch in der Versorgung ankommt.

Finden Sie hier alle
↗ **verlinkten Inhalte**
und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#2



Wie entsteht ein neues DMP-Angebot?



Arbeit am DMP Adipositas begonnen

Um die Versorgung Betroffener zu verbessern, entwickelt der G-BA ein DMP Adipositas.

Das neue DMP ging aus einem gesetzlichen Auftrag hervor; 2021 stieg der G-BA dazu in die Detailarbeit ein. Zwei 2021 beauftragte **↗ Leitlinienrecherchen** sollen Informationen zur Diagnostik einer Adipositas, zur Abgrenzung der Schweregrade und den derzeitigen Behandlungsempfehlungen sammeln und bewerten. Auch Digitalangebote werden einbezogen. Die spezifischen Behandlungsempfehlungen sollen bis Ende Juli 2023 erstellt werden.

Bei Patientinnen und Patienten mit **↗ Adipositas** (krankhaftem Übergewicht ab einem **↗ Body-Mass-Index** von 30g/m²) steigt das Risiko für chronische Krankheiten.



Fördermittel für bessere Leitlinien

Vor Entwicklung neuer DMP sondiert der G-BA alle wissenschaftlich fundierten Leitlinien, die es zur Behandlung der jeweiligen Krankheit weltweit gibt. Dabei achtet er auf Qualität. Die Autoren der Leitlinien müssen unabhängig sein und sich auf wissenschaftlich belastbare (Vergleichs-)Studien stützen. Solche erstklassigen Leitlinien gibt es nicht bei jeder Erkrankung. Daher fördert der am G-BA angesiedelte Innovationsfonds 18 Forschungsprojekte, die Leitlinien systematisch verbessern.

Spezialisierte Teams für komplexe Behandlungen

Patientinnen und Patienten mit komplexen oder seltenen Krankheiten profitieren von der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Spezialisierte Ärztinnen und Ärzte aus Kliniken und Praxen koordinieren hier fachübergreifend im Team Diagnostik und Behandlung. 2021 hat der G-BA die ASV für zwei weitere Krankheitsbilder neu gestaltet.



Finden Sie hier alle [verlinkten Inhalte](#) und Zahlenquellen: [g-ba.de/gb2021#3](https://www.g-ba.de/gb2021#3)

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Entzündliche Darmerkrankungen wie beispielsweise Morbus Crohn und Colitis ulcerosa hat der G-BA 2021 neu in die ASV-Versorgung aufgenommen.

Die Ursache chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen – eine überschießende Immunreaktion gegenüber an sich harmlosen Darmbakterien – ist nach wie vor ungeklärt. In der Regel verläuft die Krankheit in Schüben. Krampfartige Schmerzen, langanhaltende Durchfälle, Entzündungen, Schäden am Darm, weiteren Organen und Gelenken, all dies sind typische Symptome, die die Betroffenen oft ein Leben lang belasten. Ist die Diagnose gesichert, wird in verschiedenen Therapiestufen versucht, die entzündliche Reaktion zu blockieren bzw. die Immunreaktion zu unterdrücken; dabei

können auch Kortikosteroide und Immunsuppressiva eingesetzt werden. Aufnahme in die ASV finden erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer schon gesicherten Diagnose. Für Kinder und Jugendliche ist eine Verdachtsdiagnose ausreichend. Ziele der Behandlung sind, eine Schubreduktion zu erreichen sowie Folgeschäden des Darms zu verhindern.

Ein ASV-Kernteam, das Patientinnen und Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen betreuen möchte, muss folgende Fachrichtungen aufweisen: Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Viszeralchirurgie. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen, nach Möglichkeit mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie. Zudem können auch Fallkonferenzen durchgeführt werden, in denen bei schwierigen Fällen die weitere Behandlung gemeinsam beraten und festgelegt wird. Der **Beschluss** des G-BA zu dieser neuen ASV-Leistung vom 16. Dezember 2021 wird nach seinem Inkrafttreten im Laufe des Jahres 2022 in die Versorgung kommen. Voraussetzung ist, dass sich interdisziplinäre Teams bilden und ihre Teilnahme an der ASV anzeigen.

470 000

Menschen leiden in Deutschland an entzündlichen Darmerkrankungen. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa sind dabei die häufigsten Formen.

Finden Sie hier alle
[verlinkten Inhalte](#)
 und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#3



In seiner Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ([ASV-Richtlinie](#)) legt der G-BA die generellen Vorgaben fest, die Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, um an der ASV teilnehmen zu können. Auch der Zugang der Patientinnen und Patienten wird hier geregelt. Gesetzliche Grundlage dieser Aufgabe ist [§ 116b SGB V](#). Mehr Informationen zu den G-BA-Aufgaben in der ASV finden Sie [hier](#).



Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Spezialisierte Angebote von Kliniken für Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven gab es bereits. Inzwischen hat der G-BA dafür gesorgt, dass auch ambulante Praxen in die ASV-Teams integriert werden können.

Bestimmte Primärtumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven sind aufgrund der filigranen Strukturen des Nerven- und Gehirngewebes oft nur schwer operativ zu entfernen. Die diagnostische Abklärung und die genaue Tumorlokalisierung benötigen eine hochspezialisierte technische Ausstattung und einen geschulten Blick. Da es bei Tumoren dieser Art durch das Tumorstadium selbst, aber auch durch Therapie-nebenwirkungen zu neurologischen Beeinträchtigungen kommen kann, ist es wichtig, dass auch Spezialistinnen und Spezialisten weiterer Fachrichtungen hinzugezogen werden können.

Im ASV-Kernteam zur Behandlung dieser Tumoren müssen Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Neurologie, Neurochirurgie sowie Strahlentherapie vertreten sein. Bei endokrinen Tumoren des Drüsengewebes ist zusätzlich auch die fachärztliche Expertise für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie notwendig. Am 16. Dezember 2021 hat der G-BA das neu zugeschnittene ASV-Angebot [beschlossen](#); in die Versorgung kommt es nach Inkrafttreten des Beschlusses im Laufe des Jahres 2022. Danach können sich interdisziplinäre Teams auch im niedergelassenen Bereich bilden.



ASV-Hürden werden erforscht

Mittlerweile gibt es 18 ASV-Themen, aber nicht zu allen schließen sich ausreichend viele Leistungserbringer zu ASV-Teams zusammen. Woran das liegt, untersucht das vom Innovationsfonds geförderte Forschungsprojekt [GOAL ASV](#). Im Frühjahr 2022 wird es seine Ergebnisse vorlegen. Der G-BA will sie nutzen, um mögliche Hürden für die ASV-Teambildung zu finden und gezielt auszuräumen.



Webtipp

Die Website www.asv-servicestelle.de bietet alle Informationen rund um die ASV. Patientinnen und Patienten, die ein Behandler-Team in ihrer Umgebung suchen, und Ärzte, die in einem solchen arbeiten möchten, sind hier gleichermaßen richtig.

81 394

Patientinnen und Patienten erhalten pro Jahr eine geriatrische Reha und 71433 eine Anschluss-Reha.

(Vor-Corona-Niveau, 2019)



Finden Sie hier alle [verlinkten Inhalte](#) und Zahlenquellen: g-ba.de/gb2021#4

Neue Verordnungsleistungen

Durch einen G-BA-Beschluss entfällt bei einigen Reha-Leistungen die medizinische Prüfung durch die Krankenkassen. Außerdem können bestimmte Heilmittelbehandlungen per Video angeboten werden. Ebenso ist eine Krankschreibung per Video möglich.



Leichter Zugang zur Reha

Künftig bekommen Patientinnen und Patienten leichter Zugang zu geriatrischer und zu Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt.

Eine lange Krankheit oder eine Operation kann betagte Menschen in ihren Fähigkeiten so stark zurückwerfen, dass ein selbstständiges Leben nicht mehr möglich ist. Mit der sogenannten geriatrischen Rehabilitation soll individuell die größtmögliche Selbstständigkeit von Betroffenen erhalten oder wiederhergestellt werden. Ob die Reha in diesen Fällen medizinisch erforderlich ist, wird künftig nicht mehr von der gesetzlichen Krankenkasse geprüft. Vertragsärztinnen und -ärzte erfassen anhand festgelegter Kriterien den medizinischen Bedarf. Mit mindestens zwei Funktionstests überprüfen sie die geriatrietypischen Diagnosen und bestimmte rehabilitationsbegründende Funktionseinschränkungen direkt in der Praxis und dokumentieren das Ergebnis auf der Verordnung.

Schneller und einfacher soll es für Patientinnen und Patienten werden, die nach einem Krankenhausaufenthalt eine sogenannte Anschlussreha-

bilitation benötigen. Hier entfällt bei bestimmten Fallkonstellationen ebenfalls eine Vorabprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen. Beide neuen Regelungen hat der G-BA am 16. Dezember 2021 **beschlossen**. Sie treten am 1. Juli 2022 in Kraft.



In derzeit zwölf **Richtlinien** legt der G-BA fest, wer für welche Dauer und unter welchen Voraussetzungen Verordnungen ausstellen darf. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (**GKV IPRReG**) vom Oktober 2020 wurde der G-BA damit beauftragt, Abschätzinstrumente für die geriatrische Rehabilitation zu entwickeln und Fälle festzulegen, in denen eine Anschlussrehabilitation ohne GKV-Prüfung möglich ist (**§ 40 Absatz 3 SGB V**).

50

Prozent der verordneten Einheiten bei Physiotherapie¹ und Ernährungstherapie können seit April 2022 per Video erbracht werden².



Heilmittelbehandlungen künftig auch per Video möglich

Heilmittel, zum Beispiel Physiotherapie, Sprach- und Ergotherapie, werden ärztlich – einige auch zahnärztlich – verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten persönlich erbracht. Einige dieser Behandlungen sind künftig auch per Video möglich.

Die Voraussetzung dafür, dass Heilmittelbehandlungen per Video erbracht werden können, hat der G-BA am 21. Oktober 2021 in seinen Heilmittel-Richtlinien für den **ärztlichen** und **zahnärztlichen** Bereich verankert. Mit diesem Beschluss wird eine Möglichkeit Versorgungsalltag, die 2020 zunächst als Corona-Sonderregelung begann.

Per Videotherapie konnten während der Pandemie Heilmittelbehandlungen weiterlaufen, zugleich aber persönliche Kontakte und damit auch das Infektionsrisiko begrenzt werden. Die Erfahrungen beispielsweise in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergo- oder der Ernährungstherapie zeigten eine gute Akzeptanz. Eine Videobehandlung erfordert aber immer einen direkten Echtzeitkontakt zwischen den Beteiligten, damit sofort Rückmeldungen und weitere Erläuterungen möglich sind.

Eine solche telemedizinische Behandlung ist für beide Seiten freiwillig und ein Wechsel in die Präsenztherapie jederzeit möglich. Wichtig dabei: Die erste Behandlung muss immer unmittelbar persönlich stattfinden. Denn nur so lassen sich behandlungsbedürftige Schädigungen durch eigene Anschauung, direktes Hören oder Ertasten sicher beurteilen. Welche Heilmittel für eine Videobehandlung geeignet sind, sollen der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer vertraglich noch festlegen.



Der G-BA gestaltet die Verordnung von Heilmitteln (zum Beispiel Krankengymnastik, Ergo- oder Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie) für gesetzlich Krankenversicherte näher aus. In den Heilmittel-Richtlinien bestimmt er, unter welchen Voraussetzungen Heilmittel bei welchen Erkrankungen in welcher Menge und Frequenz von wem verordnet werden können. Verankert ist diese Aufgabe in **§ 32 SGB V**. Mehr Informationen zu diesem Thema in der **ärztlichen** und **zahnärztlichen** Versorgung finden Sie auf der G-BA-Website.

¹ Sonderregelungen zu Bobath und Manueller Therapie

² Stand Mai 2022. Vereinbarungen zu weiteren Heilmittelbereichen zwischen den Verbänden und dem GKV-SV werden folgen.



Finden Sie hier alle
↗ verlinkten Inhalte
und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#4



Krankschreibung per Videosprechstunde

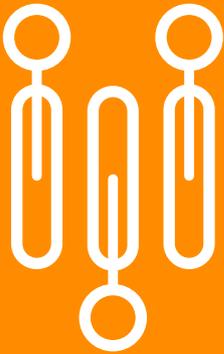
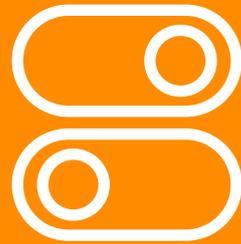
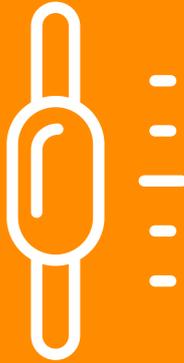
Krankschreibungen sind nun generell auf der Grundlage einer Videosprechstunde möglich, unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten der Praxis schon bekannt sind. Dies erleichtert den Zugang zum Beispiel in ländlichen Gebieten.

Bei bekannten Patientinnen und Patienten konnten Vertragsärztinnen und -ärzte schon seit Oktober 2020 eine Arbeitsunfähigkeit (AU) per Videosprechstunde feststellen. Dies ist jetzt ebenso möglich, wenn Patientinnen und Patienten erstmals in der Arztpraxis vorgestellt werden. Ein entsprechender Beschluss des G-BA vom 19. November 2021 trat im Januar 2022 **in Kraft**.

Unterschiede gibt es aber bei der Dauer der erstmaligen Krankschreibung: Für Versicherte, die der Arztpraxis unbekannt sind, ist eine Krankschreibung für nur bis zu drei Kalendertage möglich. Für bereits bekannte Versicherte bleibt es bei bis zu sieben Kalendertagen. Danach ist für eine Folgebescheinigung der AU ein persönlicher Praxisbesuch erforderlich. Ein Anspruch der Versicherten auf Krankschreibung auf der Grundlage einer Videosprechstunde besteht nicht. Voraussetzung ist immer, dass die Erkrankung eine solche Fernabklärung überhaupt zulässt.

§

Die Möglichkeit zur Ausstellung von AU-Bescheinigungen per Videosprechstunde (**↗ § 92 Abs. 4a SGB V**) und zur telemedizinischen Heilmittelerbringung (**↗ § 125 Abs. 2a SGB V**) geht zurück auf das Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungsgesetz (**↗ DVPMG**) von Juni 2021. Die Entscheidung, welche Heilmittel konkret telemedizinisch erbracht werden können, steht aber noch aus. GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer (**↗ § 125 Abs. 2a SGB V**) legen dies noch in Verträgen fest.



Versorgung und Qualität steuern

Finden Sie hier alle
verlinkten Inhalte
und Zahlenquellen:
[g-ba.de/gb2021#5](https://www.g-ba.de/gb2021#5)



Frühe Nutzenbewertung: Mehr neue Wirkstoffe denn je

Seit 2011 prüft der G-BA alle neu in Deutschland verfügbaren Arzneimittelwirkstoffe auf ihren Zusatznutzen. Damit wird abgeklärt, wie groß die mit ihnen erzielbaren Therapiefortschritte für Patientinnen und Patienten wirklich sind. Diese Informationen sind wichtig für Behandlungsentscheidungen und haben Einfluss auf die Preisgestaltung. Mit 146 Bewertungen verzeichnete der G-BA bei dieser Aufgabe 2021 eine Rekordzahl.

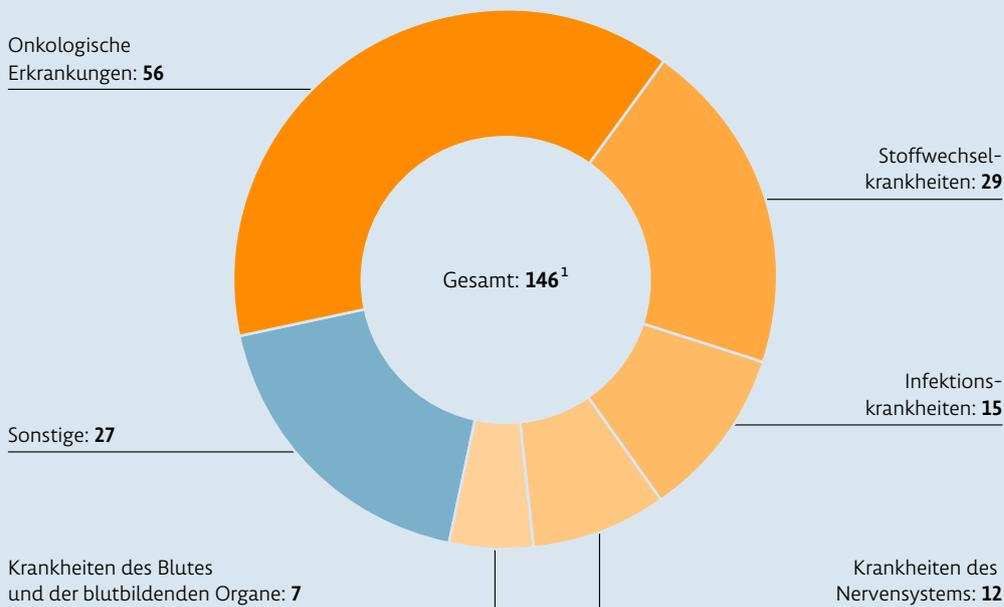
Insgesamt fünfmal konnte der G-BA 2021 neu zugelassenen Wirkstoffen einen erheblichen Zusatznutzen attestieren und damit die beste Kategorie vergeben. Darunter befindet sich die Wirkstoffkombination Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor/Ivacaftor zur Behandlung von Mukoviszidose (zystischer Fibrose) bei Patientinnen und Patienten ab zwölf Jahren für zwei unterschiedliche genetische Ausprägungen. Ebenfalls als erheblich stuft der G-BA den Zusatznutzen für den Wirkstoff Nusinersen bei einer bestimmten Patientengruppe ein, die an der seltenen Erbkrankheit spinale Muskelatrophie (SMA) leidet.

Der Anteil der Arzneimittel gegen seltene Krankheiten (Orphan Drugs) lag 2021 bei 19 Prozent und damit auf vergleichbarem Niveau wie in früheren Jahren. Mit Remdesivir bewertete der G-BA das erste antivirale Arzneimittel gegen COVID-19. Im Ergebnis können erwachsene COVID-19-Patientinnen und -Patienten, deren Lungenentzündung noch nicht sehr schwer ist, von einer Behandlung mit diesem Wirkstoff profitieren. Aufgrund von Unsicherheiten bei den anwendbaren Therapiealternativen und der teils heterogenen Studienlage wurde das Ausmaß des Zusatznutzens allerdings nur als gering eingestuft. Weitere antivirale Arzneimittel befanden sich 2021 noch im Zulassungsverfahren.

128

*Stunden Anhörungen mit
1685 teilnehmenden externen
Personen verzeichnete der G-BA
bei der frühen Nutzenbewertung
im Jahr 2021.*

Frühe Nutzenbewertung: Mehr Beschlüsse denn je



¹ Umfasst sowohl reguläre Nutzenbewertungsverfahren als auch solche zu Orphan Drugs.

Kürzere Wartezeiten auf Beratungsgespräche

292 Mal suchten Pharmafirmen 2021 in offiziellen Beratungsgesprächen den Austausch mit dem G-BA und damit etwas öfter als noch im Jahr zuvor (259). Die Gespräche sind gebührenpflichtig und die Firmen erhalten ein Protokoll. In ca. 100 Fällen ging es dabei um die Planung klinischer Studien. Das ist eine Steigerung um 25 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Dies könnte darauf hinweisen, dass Hersteller vermehrt daran arbeiten, ihre Studiendesigns zu verbessern, um belastbare Daten für die spätere Nutzenbewertung zu generieren. Im Jahr 2021 unternahm der G-BA große Anstrengungen, die Wartezeit der pharmazeutischen Unter-

nehmen auf ein entsprechendes Beratungsfenster zu verkürzen. Mussten Hersteller im Vorjahr noch rund 8 Monate auf ein Gespräch warten, waren es 2021 nur noch 3 Monate. Für den akuten Bedarf – zum Beispiel bei Beratungen zu COVID-19-Arzneimitteln – räumte er ein entsprechendes Zeitfenster ein.



Die Beschlüsse des G-BA zur frühen Nutzenbewertung sind in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage XII verankert und auch in einer eigenen [Verfahrensübersicht](#) zu finden. Im Sozialgesetzbuch ist das Instrument in [§ 35a SGB V](#) definiert. Mehr Informationen zur frühen Nutzenbewertung finden Sie [hier](#).

Finden Sie hier alle
 ↗ **verlinkten Inhalte**
 und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#5



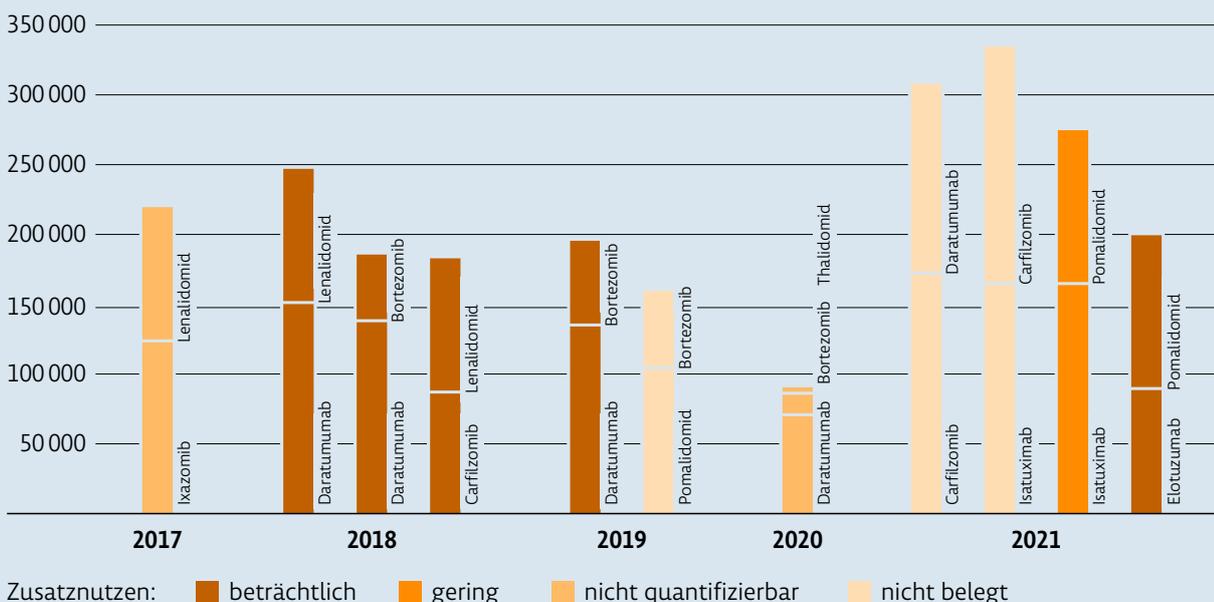
Kombinationstherapien bei Onkologika nehmen zu

38 Prozent der neu zugelassenen Wirkstoffe sind Onkologika; die Krebsmedizin ist damit das Therapiegebiet mit der größten Zahl an Innovationen. Dabei setzte sich ein schon länger erkennbarer Trend fort: Viele Krebstherapeutika werden nicht nur als Monotherapien verwendet, sondern kommen schon bald nach ihrem Markteintritt auch in offenen Zwei- oder Dreifachkombinationen zum Einsatz. Für all diese Kombinationen müssen die Hersteller jeweils eigene Zulassungen beantragen und der G-BA anschließend den Zusatznutzen bewerten. Da die kombinierten Wirkstoffe in der Regel neu und hochpreisig sind, wirkt diese Entwicklung insgesamt preisstärkend.

Ein Beispiel für den Einsatz von Kombinationstherapien ist das Multiple Myelom, eine seltene Krebserkrankung des blutbildenden Systems im Knochenmark. Allein im Jahr 2021 wurden zur Behandlung dieser Krankheit vier Dreifachkombinationen aus sechs bereits bekannten Wirkstoffen neu zugelassen und vom G-BA bewertet. Diese Kombinationen greifen in verschiedenen Krankheitsphasen; ihr Zusatznutzen fällt sehr unterschiedlich aus und wächst nicht immer proportional mit dem Preis.

Kombinationstherapien Onkologie – Beispiel Multiples Myelom

Jahrestherapiekosten¹ in Euro



¹ Preise zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des G-BA; Wirkstoffe mit Jahrestherapiekosten unter 1000 Euro sind zum Zweck der Darstellung nicht angegeben.



Prof. Josef Hecken

Unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender der Unterausschüsse Arzneimittel, Bedarfsplanung und Zahnärztliche Behandlung

Seit mehr als zehn Jahren bestimmt der bewertete Zusatznutzen neuer Medikamente recht erfolgreich die Arzneimittelpreise. Dabei geht die Logik des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) bei einem Zusatznutzen davon aus, dass ein neu auf den Markt kommendes Arzneimittel die bestehende Therapie ersetzt. Bei neuen Wirkstoffen, die nicht als sogenannte Monotherapie, sondern immer in einer Kombination eingesetzt werden, stößt dieser Ansatz an Grenzen. Denn die neuen Wirkstoffe ersetzen vorhandene Therapien nicht, sondern treten hinzu – gut zu beobachten in der Onkologie. Bei diesen Add-on-Therapien steigen die Kosten dann stärker als die mit ihnen verbundenen patientenrelevanten Vorteile: Beispielsweise sehen wir anhand von Studien, dass die Verlängerung des Überlebens zwar um 20 Prozent höher liegt, sich die Kosten aber verdoppeln und schnell im sechsstelligen Bereich liegen. Für das GKV-System ist das ein großes Problem. Ich kann den Gesetzgeber daher nur bestärken, gesetzliche Regelungen zu etablieren, wenn ein neuer Wirkstoff als Add-on-Therapie eingesetzt wird. So könnte auch bei freien Kombinationen eine Balance zwischen Innovation, Mehrwert und Bezahlbarkeit von Medikamenten hergestellt werden.

Die Erfahrungen mit unserem System der frühen Nutzenbewertung bringt der G-BA auch auf europäischer Ebene ein. Seit 2021 arbeiten wir – zusammen mit unserem

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – als Teil des Konsortiums „EUnetHTA21“ daran, eine Systematik zu etablieren, um neue Wirkstoffe und Medizinprodukte einzuschätzen. In den kommenden Jahren wird es darum gehen, verbindliche Standards für eine Nutzenbewertung auf europäischer Ebene zu definieren. Wir werden Antworten liefern müssen, welche Instrumente für eine Bewertung geeignet sind, wie mit verschiedenen Endpunkten umgegangen und wie unterschiedliche Evidenz einbezogen wird. Solche methodischen Fragen sind für mich wichtige Stellschrauben, um zu einem wissenschaftlich fundierten Ergebnis zu kommen, das die Patientenversorgung ins Zentrum rückt und singuläre Lobbyinteressen abwehrt. Auch wenn Entscheidungen zum Zusatznutzen sowie zu Erstattungsentscheidungen nach wie vor auf nationaler Ebene getroffen werden: Die europäische Bewertung ist künftig einzubeziehen. Das heißt, es wäre für alle ein großer Gewinn, wenn die europäische Einschätzung bereits eine starke evidenzbasierte Analyse darstellt.

Finden Sie hier alle
➤ **verlinkten Inhalte**
und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#6



Auf dem Weg zur EU-weiten Arzneimittelbewertung

Neue Arzneimittel werden künftig auf Basis europaweit einheitlicher Bewertungsberichte auf ihren Zusatznutzen überprüft. Eine gemeinsame klinische Bewertung, auf die dann alle Mitgliedsstaaten zurückgreifen können, wird ab 2025 schrittweise zur Verfügung stehen. An der Vorbereitung der Verfahrensschritte und Ausgestaltung der methodischen Standards ist auch der G-BA beteiligt.

Bereits jetzt können sich Patientinnen und Patienten in Deutschland sicher sein: Es wird genau hingesehen, ob und – wenn ja – welche Patientengruppen von einem neuen Wirkstoff wirklich profitieren. Denn neue Arzneimittel durchlaufen hier nach der Zulassung und dem Eintritt in den deutschen Markt eine systematische **➤ frühe Nutzenbewertung** beim G-BA. Die Ergebnisse haben Auswirkungen auf die Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Industrie.

Doch das ist in dieser Form nicht überall in Europa der Fall. Zwar führen inzwischen auch die meisten anderen EU-Staaten für neu zugelassene Wirkstoffe Nutzenbewertungen durch, doch nach sehr unterschiedlichen Regeln. So gibt es zum Beispiel Unterschiede beim Grad der vorzulegenden Evidenz, in der Akzeptanz bestimmter Vergleiche, bei der Bewertung einzelner Endpunkte oder bei geforderten Daten zu spezifischen Patientensubgruppen. Doch immer hat das Ergebnis auch Auswirkungen auf die Preisgestaltung und Erstattungsfähigkeit. Der G-BA arbeitet daran, dass der in Deutschland geltende hohe und differenzierende Standard auch in die europäische Bewertung Eingang findet.

Der EU-HTA-Prozess

Seit Ende der 80er-Jahre gibt es einen freiwilligen europäischen Austausch zu Methoden, die den Mehrwert neuer Gesundheitstechnologien anhand bestimmter Kennzahlen messen können. Dieses sogenannte HTA-Verfahren (Health Technology Assessment, Bewertung von Gesundheitstechnologien) soll durch die neue EU-Verordnung einheitlich und verbindlich werden. Wie es im Detail aussehen wird, erarbeitet ein Konsortium aus 13 Mitgliedsorganisationen, das **➤ EUnetHTA21**. Es erhielt nach einer Ausschreibung den Zuschlag für diese Aufgabe. Der G-BA und das IQWiG sind Teil dieses Konsortiums. Sie arbeiten dort eng mit HTA-Agenturen aus Spanien, Österreich, Belgien, Frankreich, Italien, Portugal, Irland, Ungarn, Norwegen, Schweden und den Niederlanden zusammen.



Nach mehrjährigen Verhandlungen beschloss das EU-Parlament am 13. Dezember 2021 eine neue **EU-HTA-Verordnung**, die am 11. Januar 2022 in Kraft trat. Nach einer dreijährigen Übergangsregelung soll sie ab dem 12. Januar 2025 angewandt werden. Sie setzt den Rahmen für eine gemeinsame Bewertung von Arzneimittelwirkstoffen, Gen- und Zelltherapien sowie Medizinprodukten. Die Prozesse auf dem Weg dahin wird ab 2025 eine sogenannte Koordinierungsgruppe organisieren. Wie sie zusammengesetzt sein wird und nach welchen Kriterien sie arbeiten soll, wird derzeit erarbeitet.

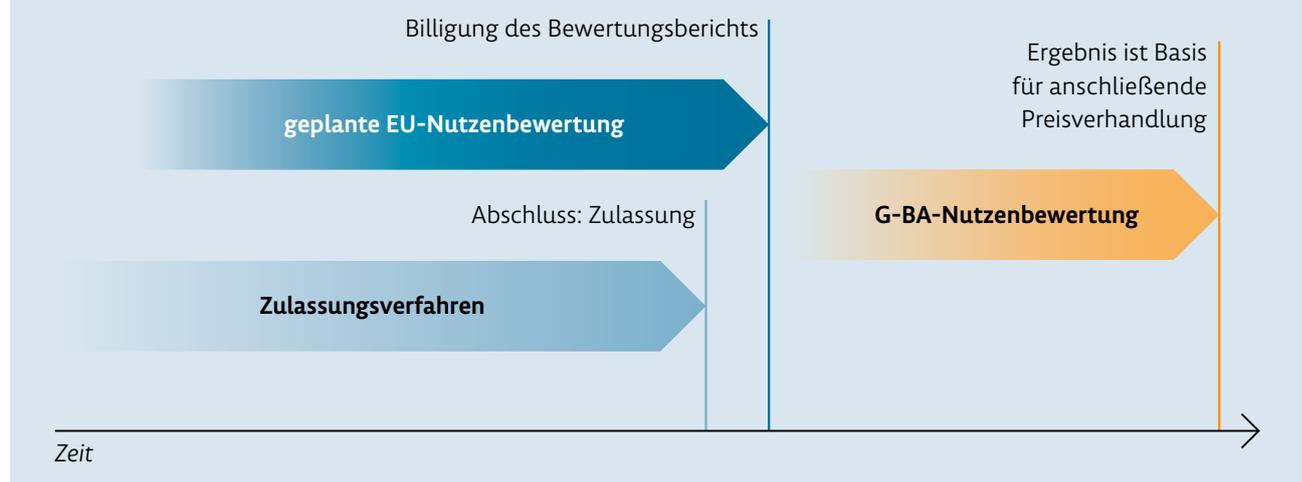
Gemeinsame Analyse – dezentrales Fazit

Eines steht jedoch schon fest: Die gemeinsame klinische Analyse der Studien auf EU-Ebene wird die nationalen Nutzenbewertungen nicht ersetzen, sondern diesen vorgeschaltet. Sie muss als zentrale und einheitliche Quelle künftig verpflichtend in die Bewertungen einbezogen werden. Die Schlussfolgerungen zum Mehrwert der neuen Wirkstoffe und auch die Preisbildung selbst bleiben aber weiterhin in nationaler Verantwortung.

Reichen einzelnen Mitgliedsstaaten die zentral verfügbaren Daten und EU-Analysen noch nicht aus, werden sie weiterhin bei den Herstellern ergänzende zusätzliche Informationen und Daten anfordern können. Auch dies ist in der EU-Verordnung schon festgehalten. Nur so bleibt zum Beispiel die gerade in Deutschland anlaufende **anwendungsbegleitende Datenerhebung** möglich. Mit ihr werden Daten aus dem Versorgungsalltag erhoben, die später in die Bewertung einbezogen werden können. Auch hierzu strebt der G-BA ein gemeinsames europäisches Vorgehen an.

Die sogenannte europäische HTA-Bewertung der EU soll bereits vor dem Markteintritt eines neuen Arzneimittelwirkstoffs stattfinden. Sie fließt dann in die Bewertung auf nationaler Ebene mit ein.

Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln auf europäischer und nationaler Ebene



Finden Sie hier alle
 ↗ **verlinkten Inhalte**
 und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#7



Der Komplexität außerklinischer Intensivpflege gerecht werden

Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die nach einem Unfall oder als Folge einer Erkrankung über längere Zeit künstlich beatmet werden, steigt in Deutschland. Bei sogenannten Beatmungs-WGs griff der Gesetzgeber durch, als sich fragwürdige und unethische Geschäftspraktiken zulasten der Betroffenen entwickelten. Der G-BA hat in diesem Zusammenhang die Rahmenbedingungen neu ausgestaltet.

Außerklinische Intensivpflege ist ein komplexes Leistungsangebot für Patientinnen und Patienten, bei denen täglich und zu unvorhersehbaren Zeiten lebensbedrohliche gesundheitliche Situationen auftreten können. Die Betroffenen haben daher einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die eine permanente Interventionsbereitschaft durch eine geeignete Pflegefachkraft umfasst. Ziel ist es, die Vitalfunktionen der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen und Symptome möglichst zu verbessern, lebensbedrohliche Komplikationen zu vermeiden und frühzeitig zu erkennen, wenn sich der

Gesundheitszustand der Betroffenen verändert. Pflegefachkräfte überwachen beispielsweise die Atem- und Herz-Kreislauf-Funktionen, bedienen ein Beatmungsgerät und setzen Inhalations- und Absauggeräte ein.

Bedarfsgerechtes Angebot für eine heterogene Zielgruppe

Viele Patientinnen und Patienten und ihre Familien erleben bereits eine sehr gut funktionierende außerklinische Intensivpflege. Allerdings gibt es auch Fehlanreize in der Versorgung: Nicht immer hatten professionelle Anbieter die bestmögliche außerklinische Intensivpflege und zudem das Entwöhnungspotenzial von der Beatmung im Blick. In einer neuen **↗ Richtlinie** legte der G-BA am 19. November 2021 fest, wie eine fachlich qualifizierte und bedarfsgerechte außerklinische Intensivpflege sichergestellt werden soll. Eine große Herausforderung war dabei die Vielfaltigkeit der Lebens- und Betreuungssituationen, in denen Kinder und Erwachsene auf eine außerklinische Intensivpflege angewiesen sein können: Es gibt beatmungspflichtige Patientinnen und Patienten, die in ihrer Selbstständigkeit stark eingeschränkt sind, andere sind es wiederum nicht. Es gibt Kinder und Jugendliche mit angeborenen oder fortschreitenden Erkrankungen, die mit Unterstützung ihrer Angehörigen ein

§

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (**↗ GKV-IPReG**) überführte der Gesetzgeber die bisherigen Regelungen zum ambulanten intensivpflegerischen Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege (**↗ § 37c SGB V**). Der G-BA erhielt die Aufgabe, dazu für betroffene Kinder, Jugendliche und Erwachsene die Details festzulegen.

selbstbestimmtes Leben führen. Es gibt Erwachsene, die beispielsweise nach einem Unfall oder Schlaganfall voraussichtlich nur kurzzeitig Leistungen der außerklinischen Intensivpflege brauchen. Und es gibt Menschen, die aufgrund ihrer Grunderkrankung regelmäßig in lebensbedrohliche Situationen kommen.

Individuelle Behandlungsziele

Über die neue Richtlinie wird sichergestellt, dass die Versorgungsbedarfe einer Patientin oder eines Patienten richtig und vollständig erkannt werden. Vorgeschrieben ist zum einen, dass die individuellen Therapieziele und -maßnahmen in einem Behandlungsplan konkretisiert und regelmäßig überprüft werden. Zum anderen hat der G-BA differenzierte Anforderungen an die fachliche Qualifikation der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes definiert. Zudem ver-

antworten die verordnenden Ärztinnen und Ärzte zukünftig auch die Koordination der medizinischen Behandlung: An der außerklinischen Versorgung wirken neben Pflegefachkräften in der Regel Vertreter und Vertreterinnen weiterer Gesundheitsfachberufe mit, beispielsweise Logopäden, Atmungs-, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Hilfsmittelversorger.

20 712

GKV-versicherte Patientinnen
und Patienten wurden 2020
im Rahmen der außerklinischen
Intensivpflege versorgt.



Dr. Monika Lelgemann

Unparteiisches Mitglied des G-BA
und Vorsitzende der Unterausschüsse
Methodenbewertung, Veranlasste
Leistungen sowie Psychotherapie und
psychiatrische Versorgung



Mit der neuen Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege setzen wir Standards zur Entwöhnung dauerbeatmeter Patientinnen und Patienten und berücksichtigen zugleich die sehr vielfältigen Versorgungslagen der Betroffenen: Die regelmäßige Untersuchung von Patientinnen und Patienten auf ihr Entwöhnungspotenzial durch

fachlich besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte ist mit Augenmaß etabliert worden. Sie wird nicht vorrangig in Kliniken erfolgen, sondern dort, wo die Betroffenen versorgt werden; gegebenenfalls mit telemedizinischer Unterstützung. Für Versicherte, bei denen kein Entwöhnungspotenzial besteht, werden andere Schwerpunkte gesetzt, wie zum Beispiel die gesundheitliche Lebensqualität. Diese wenigen Beispiele zeigen: Bei dieser Richtlinie galt es genau hinzuschauen, was der sehr heterogenen Gruppe der Betroffenen wann hilft und was eher nicht. Um dafür das notwendige Gleichgewicht und eine sinnvolle Flexibilität zu finden, hat uns das bewusst breit angelegte Stellungsverfahren sehr geholfen.

Besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte prüfen, ob eine Entwöhnung von der invasiven Beatmung möglich ist.

Entwöhnungspotenzial regelmäßig prüfen

Eine wesentliche Neuerung im Vergleich zum bisherigen Leistungsanspruch besteht darin, dass bei Patientinnen und Patienten, die beatmet werden oder eine Trachealkanüle haben, sehr frühzeitig und regelmäßig überprüft wird, ob eine Entwöhnung von der Beatmung bzw. die Entfernung der Kanüle infrage kommt. Dies gilt sowohl vor der Entlassung aus dem Krankenhaus als auch in der ambulanten Betreuung. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, steht die Therapieoptimierung im Vordergrund. Die Richtlinie ermöglicht bei diesen Patientinnen und Patienten eine Verordnung ohne Erhebung des Entwöhnungspotenzials, wenn zweimal infolge innerhalb von zwei Jahren keine Aussicht auf nachhaltige Besserung im Rahmen eines Vieraugenprinzips attestiert wurde.

Potenzial auf Beatmungsentwöhnung besser prüfen

frühzeitig

bereits vor Entlassung aus dem Krankenhaus

regelmäßig

solange ein Entwöhnungspotenzial langfristig nicht sicher ausgeschlossen werden kann, wird es mindestens alle sechs Monate überprüft

seltener

wenn ein Entwöhnungspotenzial sicher und langfristig ausgeschlossen werden kann, wird es seltener oder nicht mehr überprüft

Ab 2023 in der Versorgung

Die neuen Regelungen greifen ab 1. Januar 2023. Notwendig sind vorab noch umfangreiche Vorbereitungen. Mit einer Übergangsregelung hat der G-BA dafür gesorgt, dass eine lückenlose Versorgung gewährleistet ist. So gelten Verordnungen, die vor dem 1. Januar 2023 nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie ausgestellt werden, weiter und verlieren erst ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit.

Versicherteninformationen – gute Entscheidungshilfen

Mit **↗ Versicherteninformationen** unterstützt der G-BA das ärztliche Beratungsgespräch in der Praxis, vor allem zu Früherkennungsuntersuchungen. Im Jahr 2021 kam die Versicherteninformation zum vorgeburtlichen Bluttest auf Trisomien hinzu.

14 gedruckte Versicherteninformationen stellt der G-BA allein zu **↗ Früherkennungsuntersuchungen** bereit. Einige dieser Informationen sind ausführliche Entscheidungshilfen vor einer Untersuchung (zum Beispiel zum **↗ Darmkrebs-**, **↗ Mammografie-** oder **↗ Gebärmutterhals-Screening**).

Entscheidungshilfen basieren auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und bringen sie in eine gut verständliche Sprache. Immer gehört dazu eine umfassende Information über die Art der Untersuchung, alternative Möglichkeiten und die Zuverlässigkeit der Ergebnisse. Insbesondere bei Früherkennungsuntersuchungen wird auf die Freiwilligkeit der Untersuchung und das „Recht auf Nichtwissen“ hingewiesen. Auch die verschiedenen Konsequenzen, die sich aus der individuellen Entscheidung ergeben können, werden dargestellt. Wichtige Zahlen, zum Beispiel Wahrscheinlichkeiten, werden über Grafiken visualisiert, um sie vorstellbarer zu machen. Entscheidungshilfen bleiben neutral und werben nicht für die Teilnahme an einer bestimmten Untersuchung. Entwickelt werden sie im Auftrag des G-BA vom IQWiG.

2021 hat der G-BA die Versicherteninformation zum vorgeburtlichen Bluttest auf Trisomie 13, 18 sowie 21 **↗ beschlossen**. Sie wird als fester Bestandteil der ärztlichen Aufklärung und Beratung von Schwangeren in begründeten Einzelfällen zum Einsatz kommen. Die Frauen sollen möglichst gut informiert darüber entscheiden, ob sie einen solchen Test in ihrer Situation durchführen lassen wollen.



Finden Sie hier alle **↗ verlinkten Inhalte** und Zahlenquellen:
[g-ba.de/gb2021#8](https://www.g-ba.de/gb2021#8)

Finden Sie hier alle
 ↗verlinkten Inhalte
 und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#9



Zweitmeinung vor planbaren Eingriffen: Möglichkeiten werden ausgeweitet

Haben Patientinnen und Patienten vor bestimmten planbaren Eingriffen Zweifel, ob eine empfohlene Operation wirklich nötig ist, können sie dazu eine zweite Meinung einholen. Seit 2021 besteht diese Möglichkeit auch vor Wirbelsäulenoperationen und vor Amputationen beim diabetischen Fuß. Damit gibt es nun sechs Eingriffe, bei denen dieses ärztliche Vieraugenprinzip als GKV-Leistung nutzbar ist.

Eingriffe an der Wirbelsäule

Der G-BA definiert, für welche planbaren mengenauffälligen Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht, und legt Anforderungsdetails fest. Die Auswahl des am 16. September 2021 **beschlossenen** Zweitmeinungsverfahrens zu Wirbelsäulenoperationen geht auf Hinweise aus der Versorgungsforschung zurück. Danach stieg die Anzahl der Wirbelsäulenoperationen seit 2007 um 71 Prozent.

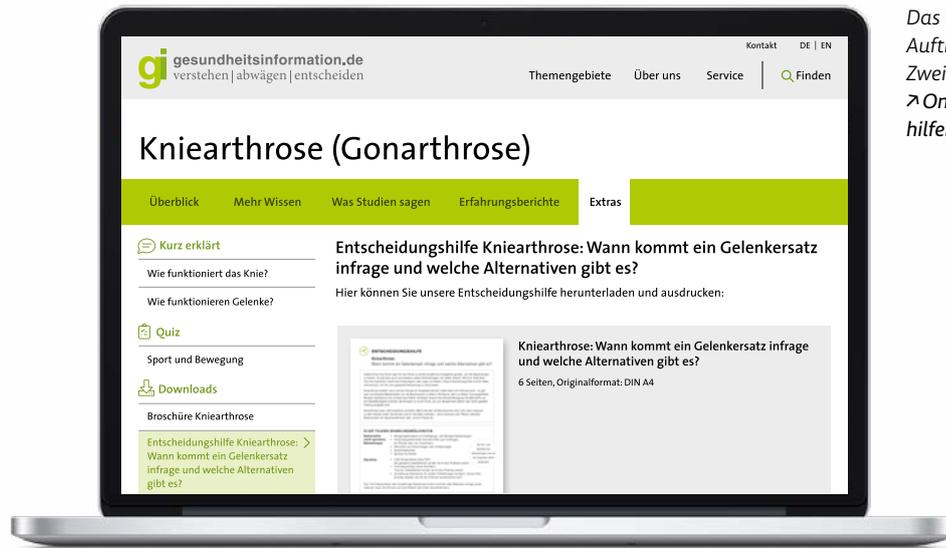
Einbezogen hat der G-BA nun sieben Eingriffe an der Wirbelsäule, bei denen zwischen 2006 und 2016 ein Mengenzuwachs auffiel, der nicht mit einer höheren Krankheitslast zu erklären war: die dynamische und statische Stabilisierung (Osteosynthese und Spondylodese), die operative Druckentlastung (knöchernen Dekompression), Facettenoperationen, das Einbringen von Material in einen Wirbelkörper, die Entfernung von Bandscheibengewebe (Exzision) sowie das Einsetzen einer künstlichen Bandscheibe (Bandscheibenendoprothese). Am

19. November 2021 trat das neue Verfahren in Kraft. Ärztinnen und Ärzte aus Klinik und Praxis können seitdem eine Genehmigung als Zweitmeinungsgebende bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beantragen, wenn sie die fachlichen Voraussetzungen dafür erfüllen.



Mengenentwicklung wird erforscht

Die Hintergründe für vermehrte und regional sehr unterschiedlich ausfallende Indikationen zu Wirbelsäulen-OPs untersuchte das vom **Innovationsfonds** geförderte Forschungsprojekt **DEWI**. Die Ergebnisse nutzt der G-BA für die weitere Ausgestaltung seiner Qualitätssicherungsrichtlinien und seines DMP chronischer Rückenschmerz.



Das IQWiG entwickelt im Auftrag des G-BA zu allen Zweitmeinungsverfahren \rightarrow Online-Entscheidungshilfen.

Amputationen beim diabetischen Fuß

Seit Ende Mai 2021 ist das neue Zweitmeinungsverfahren zur Amputation beim diabetischen Fußsyndrom in Kraft. Der Begriff „diabetisches Fußsyndrom“ bezeichnet eine schlecht heilende Wunde am Fuß, die im fortgeschrittenen Stadium bis auf die Ebene der Knochen reichen kann. Auslöser sind durch einen Diabetes mellitus verursachte Schädigungen an Blutgefäßen und Nerven der Füße. Durch eine rechtzeitige, konsequente und geduldige Behandlung mit Druckentlastung, Durchblutungsförderung, medizinischer Fußpflege und chirurgischen Reinigungen kann ein diabetischer Fuß wieder heilen. Bleibt dies aber aus, kann die Entzündung lebensgefährlich werden. Patientinnen und Patienten, denen zu einer Amputation geraten wird, können noch einmal überprüfen lassen, ob die Behandlungsmöglichkeiten wirklich vollständig ausgeschöpft sind. Seit dem 27. Mai 2021 können entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung als Zweitmeinung beantragen.

Ausblick

Auch vor der Implantation eines Herzschrittmachers oder vor einer elektrophysiologischen Herzuntersuchung und dem Veröden von krankhaften Herzmuskelzellen (Ablation) soll künftig eine zweite ärztliche Meinung eingeholt werden können. 2021 nahm der G-BA zu beiden Themen die Arbeit auf. Vorausgegangen war dem eine \rightarrow *Literaturrecherche des IQWiG*, die im März 2021 vorgelegt wurde. 15 mengenauffällige Eingriffe konnte das Institut identifizieren.

378

und damit die meisten zweitmeinungsgebenden Ärztinnen und Ärzte stehen zum Thema Gebärmutterentfernung zur Verfügung. Dies zeigt der erste \rightarrow *Bericht der KBV zum Genehmigungsstand*.



Der Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung wurde mit dem \rightarrow *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz* vom Juli 2015 im Sozialgesetzbuch (\rightarrow § 27b SGB V) für planbare Eingriffe mit auffälliger Mengenentwicklung verankert. Der G-BA sucht und benennt solche Eingriffe. In der \rightarrow *Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren* legt er dazu die Details fest. Mehr zum Thema finden Sie \rightarrow *hier*.

Patientenbefragungen in Vorbereitung

Bundesweit werden zu ausgewählten medizinischen Leistungen Daten erhoben und ausgewertet. Mit diesen Qualitätsmessungen sollen Probleme frühzeitig erkannt werden, um gezielt gegensteuern zu können. Voraussichtlich ab 2022 werden erstmals auch Patientenbefragungen in diese datengestützte Qualitätssicherung einfließen; zunächst bei der Qualitätssicherung von Herzkathetereingriffen.

Deutschlands Krankenhäuser müssen ihre Behandlungs- und Ergebnisqualität in ausgewählten Bereichen regelmäßig erfassen und sich einem bundesweiten Vergleich stellen. Auch Vertragsärztinnen und -ärzte sind bei bestimmten Behandlungen in diese flächendeckende Datenerfassung einbezogen. Der G-BA entwickelt dazu Messverfahren, die es ermöglichen, Behandlungsqualität vergleichend darzustellen. Geeignete Schlüsseldaten, sogenannte Qualitätsindikatoren, werden zu ausgewählten Leistungen bundesweit nach den gleichen Kriterien erfasst und von einer unabhängigen Stelle ausgewertet. Anschließend werden den Einrichtungen ihre eigenen Ergebnisse zurückgespiegelt.

Das aufwendige Verfahren unterstützt Kliniken und Praxen dabei, ihre Patientinnen und Patienten so gut wie möglich zu behandeln und dabei immer besser zu werden. Da die meisten Ergebnisse – zumindest schon für den stationären Bereich – über vergleichende Kliniksuchmaschinen abrufbar sind, können sie bei der Wahl der Einrichtung vor einem planbaren Eingriff berücksichtigt werden.

5

von bald 18 datengestützten QS-Verfahren des G-BA sind derzeit mit Patientenbefragungen geplant.

Patientenbefragungen zu Herzkathetereingriffen

Ab voraussichtlich Juli 2022 werden erstmals Patientenbefragungen in der datengestützten Qualitätssicherung (QS) erprobt, und zwar zu diagnostischen und therapeutischen Herzkathetereingriffen (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie). Der G-BA wird dabei drei verschiedene Fragebögen einsetzen, je nachdem, ob ausschließlich untersucht, ausschließlich behandelt oder beides in einem Eingriff kombiniert wurde. Im Jahr 2027 will der G-BA die Erfahrungen auswerten und wo nötig nachjustieren; so ein **Beschluss** vom 16. Dezember 2021.

Wissenschaftlich entwickelt hat die Fragebögen das IQTIG und mit Patientinnen und Patienten in einem Pretest unter anderem auf Verständlichkeit geprüft.



Patientenbefragungen – so laufen sie ab

Mindestens 200 Patientinnen und Patienten pro Jahr und Leistungserbringer erhalten einige Wochen nach ihrem Herzkathetereingriff den Fragebogen mit der Bitte um Teilnahme. Sie werden darin zu Themen detailliert befragt, die für die Qualität ihrer Versorgung wichtig sind. In der Startphase werden die Befragungen schriftlich durchgeführt, später sollen sie auch online möglich sein. Der G-BA hat das IQTIG bereits mit einem [Konzept](#) dazu beauftragt.

Die Fragebögen zu den Patientenbefragungen, die das IQTIG für den G-BA entwickelt hat, sehen Sie [hier](#). Das Institut erklärt, worauf es dabei ankommt und wie es vorgeht.

§

Der G-BA entwickelt datengestützte Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zu ausgewählten medizinischen Leistungen. Rechtsgrundlage für diese Aufgabe ist [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Mit Unterstützung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ([IQTIG](#)) organisiert er die Durchführung und Auswertung der QS-Verfahren und dokumentiert die Ergebnisse ([§ 137a SGB V](#)). In seiner [Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung](#) legt der G-BA alle Details zu diesem Thema fest. Mehr Informationen zu dieser Aufgabe des G-BA finden Sie [hier](#).

Patientenbefragungen: Diese Aspekte werden abgefragt – einige Beispiele

Haben Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte verständlich kommuniziert?

Wurden Sie als Patientin oder Patient in Entscheidungen mit einbezogen?

Wurde vor, während und nach dem Eingriff gut erklärt, was er bewirkt, wie er abläuft und wie es danach weitergeht?



Traten während oder nach dem Eingriff Schmerzen oder Beeinträchtigungen auf?

Haben sich Symptome verbessert?

Kam es vor Untersuchungen und Behandlungen zu Wartezeiten?



Immer im Blick: Der Datenschutz

Bei allen datengestützten QS-Verfahren werden die Angaben zur Identifikation sowohl der Leistungserbringer als auch der Patientinnen und Patienten in einem externen Verfahren verschlüsselt. So ist sichergestellt, dass die Beteiligten nicht mehr identifizierbar sind. Die Codes bleiben einander jedoch zugeordnet. Nur so kann die einrichtungsbezogene Qualität pseudonymisiert vom IQTIG gemessen und pro Leistungserbringer ausgewertet werden. Für Patientenbefragungen musste der G-BA einen weiteren Zwischenschritt einbauen. Über getrennte Wege bei der Erfassung von Adress- und Behandlungsdaten ist es möglich, dass eine externe Versendestelle entweder eine Stichprobe anonymisierter Behandlungsfälle pro Leistungserbringer ziehen kann oder bei

wenigen Fällen alle prüft. Die über die Stichprobe ausgewählten Patientinnen und Patienten erhalten dann postalisch einen Fragebogen zugesandt. Die datenschutzkonforme Logistik der Befragung hat der G-BA mit zwei Beschlüssen vom 18. März 2021 normiert ([↗ Allgemeine Regelungen](#), [↗ QS-PCI](#)). Eine 2021 entwickelte [↗ Patienteninformation](#) erklärt die Abläufe.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz ([↗ GVWG](#)) hat der Gesetzgeber weitere Neuerungen für die datengestützte Qualitätssicherungen beschlossen. Patientenbefragungen sollen nun auch in digitaler Form möglich werden ([↗ § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)) und barrierefrei sein ([↗ § 137b Abs. 1 SGB V](#)).



Die Frage, was „gute Qualität“ ist und wie man sie erkennt, ist alles andere als einfach zu beantworten. Vom G-BA werden hierfür Indikatoren entwickelt – also Qualitätsmerkmale, mit deren Hilfe Hinweise auf ein mögliches Defizit objektiv erfasst werden können. Wie passen diese Anforderungen an Qualitätsmessungen aber mit der neuen Datenquelle Patientenbefragung zusammen? Sind persönliche Erfahrungen nicht per se subjektiv und damit nicht belastbar? Eine „gute Qualität“ zu erkennen, ist für den G-BA jedoch mehr als ein Abgleich medizinischer Parameter. Wichtig ist demnach auch die Einbindung von vermeintlich weichen Faktoren wie eine laienverständliche Aufklärung und ein Einbeziehen in Therapieentscheidungen. Solche Erfahrungen von Patientinnen und Patienten werden zukünftig systematisch erfragt und

fließen in die Qualitätsbeurteilung mit ein. Wie sich die Ergebnisse letztlich im Zusammenspiel mit „klassischen“ Indikatoren verhalten, müssen wir in den kommenden Jahren aufzeigen. Im Moment ist wichtig, den ersten Schritt zu tun und die Patientenperspektive einzubinden. Denn feststeht: Gut gemachte Qualitätssicherung ist und bleibt eine Win-win-Situation für Krankenhäuser, Arztpraxen und Versicherte.



Karin Maag

Unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende der Unterausschüsse Disease-Management-Programme, Qualitätssicherung und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Zahnnerv-Überkappungen nach sorgfältiger Diagnostik

Mit sogenannten Qualitätsprüfungen kontrollieren die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über Stichproben, ob die Praxen in ihrem Bereich bestimmte Qualitätsvorgaben einhalten. Die Regeln dazu entwickelt der G-BA. 2021 erschienen die ersten zahnärztlichen Ergebnisse.

2021 fasste die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) für den G-BA die Ergebnisse der bundesweiten Stichproben zur Indikationsstellung sogenannter Überkappungen zusammen. Überkappungen sind fachgerechte sterile Abdeckungen der Pulpa (des Zahnnervs) mit einem Medikament – häufig im Zusammenhang mit tiefgehender Karies. Durch dieses nervschonende Verfahren soll die Zahnpulpa vital bleiben und damit der Erhalt des therapiebedürftigen Zahns gefördert werden. Im zeitlichen Zusammenhang mit einer Überkappung muss die Zahnärztin oder der Zahnarzt jedoch abklären, ob die Zahnpulpa noch lebt. Ziel der Qualitätsprüfung ist die indikationsgerechte Erbringung von Überkappungsmaßnahmen. Die schriftliche und gegebenenfalls bildliche Dokumentation der Praxen dient als Grundlage für die Beurteilung

der Behandlungsfälle. Anhand eines Prüfkatalogs werden die Behandlungsschritte geprüft, die mit der Überkappung zusammenhängen.

7

Prüfkriterien wurden zur Beurteilung der korrekten Indikationsstellung zur Überkappung festgelegt.

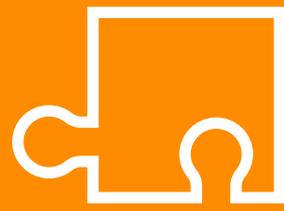
In die Stichprobenprüfungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen waren insgesamt 4 490 Behandlungsfälle des Jahres 2019 aus 460 Zahnarztpraxen einbezogen. In 71 Prozent der Fälle wurden keine Auffälligkeiten festgestellt, die Qualitätskriterien waren erfüllt. In 9 Prozent der Fälle gab es geringe Auffälligkeiten, in 20 Prozent der Fälle erhebliche Auffälligkeiten. Nach einer Übergangsregelung werden die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ab dem folgenden Jahr auch über die eventuell zu treffenden Maßnahmen entscheiden.



Der G-BA legt die Regeln für Qualitätsprüfungen und -beurteilungen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung fest. Diese Aufgabe geht zurück auf [§ 135b Abs. 2 SGB V](#). In seinen beiden Richtlinien [Qualitätsprüfungen vertragsärztliche Versorgung](#) und [Qualitätsprüfungen vertragszahnärztliche Versorgung](#) legt der G-BA hierzu Art, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen fest. Die jeweiligen Inhalte der Qualitätsprüfungen werden in den sogenannten Qualitätsbeurteilungsrichtlinien geregelt. Jährlich fertigen die KBV und die KZBV für den G-BA Berichte zu den Qualitätsprüfungen an. Mehr zum Thema finden Sie [hier](#).



Finden Sie hier alle [verlinkten Inhalte](#) und Zahlenquellen: g-ba.de/gb2021#11



Strukturen für eine gute Versorgung schaffen

Finden Sie hier alle
 ↗ **verlinkten Inhalte**
 und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#12



Netzverbände für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden von bisher bestehenden Versorgungsangeboten teilweise nur ungenügend erreicht. Hier sollen neu zu bildende, berufsgruppenübergreifende Netzverbände ansetzen. Voraussichtlich ab Juli 2022 können sich Netzverbände gründen und Betroffenen eine individuell zugeschnittene und koordinierte Komplexbehandlung anbieten.

Das vom G-BA konzipierte Angebot richtet sich an erwachsene Patientinnen und Patienten insbesondere mit einer schweren psychischen Erkrankung, die wichtige Lebensbereiche wie Familie oder Beruf nicht mehr alleine meistern können. In solchen Situationen besteht ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf, dem mithilfe unterschiedlicher ärztlicher und therapeutischer Disziplinen begegnet werden muss.

Sektorenübergreifende Fachkompetenzen

In den neu zu gründenden Netzverbänden werden alle Gesundheitsberufe vertreten sein, die für die Betreuung eines schwer psychisch Erkrankten gegebenenfalls benötigt werden. Für die Gründung eines Netzverbundes schließen mindestens zehn Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen Netzverbundvertrag. Vertreten sein können die Fachdisziplinen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie. Über Kooperationsverträge werden zudem ambulante Anbieter von Sozialtherapie, Ergotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege eingebunden. Das neue Versorgungsprogramm endet aber nicht an der Sektorengrenze: Um den Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern, sind zudem Kooperationsverträge mit stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen vorgesehen.



Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung erhielt der G-BA die Aufgabe, Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in einer Richtlinie zu definieren. Festgehalten ist dies in **§ 92 Abs. 6b SGB V**. Der **↗ Beschluss** zur Erstfassung der **↗ KSV-Psych-Richtlinie** trat am 18. Dezember 2021 in Kraft. Bevor die neue Leistung angeboten werden kann, muss der **↗ Bewertungsausschuss** noch die Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festlegen.

Niedrigschwelliger Zugang

Die Netzverbände können die derzeitige Versorgung nur verbessern, wenn die schwer psychisch Erkrankten einen einfachen Zugang zum Angebot haben. Haben sich Netzverbände gegründet, teilen sie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen zudem im Internet ein Verzeichnis der Netzverbände bereit. Auch die Krankenkassen erhalten die Verzeichnisse und können ihre Versicherten über die Netzverbände informieren.

An den Netzwerk überweisen können alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Sozialpsychiatrische Dienste und ermächtigte Einrichtungen. Im Rahmen des Entlassmanagements haben auch Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten die Weiterversorgung in einem

72 000

erwachsene Versicherte werden nach ersten Schätzungen des G-BA künftig pro Jahr in Netzverbänden betreut.

Netzwerk zu empfehlen. Betroffene Patientinnen und Patienten können sich direkt – ohne Überweisung oder Empfehlung – an die Mitglieder des Netzwerkes wenden.

In der sogenannten Eingangssprechstunde eines Netzwerkes wird dann mit der Diagnostik begonnen und der individuelle Behandlungs- und Unterstützungsbedarf ermittelt. Liegen die Voraussetzungen für eine komplexe Behandlung vor, soll – in der Regel innerhalb von sieben Werktagen – eine Differenzialdiagnostik durchgeführt werden. Die Behandlung soll zeitnah beginnen.

Vernetzte Hilfe für schwer psychisch Erkrankte



¹ Fachdisziplinen: Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Nervenheilkunde/Neurologie

² Hinzuziehung bei Bedarf: weitere Leistungserbringer, insbesondere Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Feste Ansprechperson und individueller Behandlungsplan

Trotz einer Vielzahl an ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Angeboten kommt es gerade bei Patientinnen und Patienten, die schwer psychisch erkrankt sind, bislang immer wieder zu Versorgungsbrüchen und -lücken, da die jeweiligen Angebote nicht miteinander verzahnt sind.

Eine wesentliche Säule für das Funktionieren der neuen Versorgungsform ist, dass ein Mitglied des Netzverbundes als Bezugsärztin oder -arzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder -therapeut agiert. Diese Person ist die zentrale Ansprechperson für die Patientin oder den Patienten. Sie erstellt in Abstimmung mit ihr oder ihm einen auf die jeweilige Krankheits- und Lebenssituation zugeschnittenen Gesamtbehandlungsplan und passt ihn je nach Therapieverlauf an: Hier sind die Therapieziele sowie die als notwendig erachteten ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen aufgeführt. Auch der Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege wird festgehalten.

Inwieweit die Therapieziele erreicht werden oder gegebenenfalls eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans notwendig ist, wird regelmäßig in Fallbesprechungen mit an der Behandlung Beteiligten überprüft.

Die Koordination des Versorgungsangebots für die Patientinnen und Patienten übernimmt eine weitere nichtärztliche Person, die beispielsweise in Sozio- oder Ergotherapie oder in psychiatrischer Krankenpflege, in Sozialarbeit oder als Pflegefachperson ausgebildet ist. Sie unterstützt die Patientin oder den Patienten dabei, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen. Hierzu gehören auch Terminvereinbarungen und ein individuelles Rückmeldesystem zum Einhalten der Termine.



Dr. Monika Lelgemann

Unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende der Unterausschüsse Methodenbewertung, Veranlasste Leistungen sowie Psychotherapie und psychiatrische Versorgung



Die neue psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung ermöglicht es, schwer psychisch kranke Versicherte schnell, unkompliziert und leitliniengerecht zu behandeln. Die Voraussetzungen dafür schafft unsere neue Richtlinie: Netzverbände aus Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können sich bilden und kooperieren mit Krankenhäusern, Sozio-, Ergotherapeuten oder Fachkräften der psychiatrisch häuslichen Krankenpflege. Um die Expertise all dieser Gesundheitsberufe frühzeitig einzubinden, haben wir ein breit angelegtes Stellungnahmeverfahren durchgeführt, an dem sich 58 Fachorganisationen beteiligten. Diese haben mit wertvollen Hinweisen dazu beigetragen, dass ein überzeugendes Paket

geschnürt werden konnte. Sehr herausfordernd war, die richtige Balance zwischen wissenschaftlich fundierten Anforderungen und Pragmatismus zu finden: Berechtigte Ansprüche an solche Netzverbände durften nicht zu hohen Zugangshürden führen. Dank der Kompromissbereitschaft aller Beteiligten ist das gelungen. Nun hoffen wir, dass sich viele Netzverbände gründen.



Finden Sie hier alle
 ↗ **verlinkten Inhalte**
 und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#13

Mindestmengen: Konzentration von Operationen auf Standorte mit Erfahrung

Wenn ein Krankenhaus bei bestimmten schwierigen planbaren Operationen über ein besonders hohes Maß an Erfahrung verfügt, sind die Ergebnisse nachweislich besser. Um die Behandlungsqualität für diese bestimmten Bereiche abzusichern, legt der G-BA sogenannte Mindestmengen fest. Für sieben Eingriffe gab es sie schon, für zwei weitere hat der G-BA 2021 erstmals Mindestmengen beschlossen: für Brustkrebs- und Lungenkrebsoperationen.

18

Brustkrebsoperationen

Rund 92 000 Brustkrebsoperationen pro Jahr wurden 2019 in Deutschland an 732 Krankenhausstandorten durchgeführt. Etwa 180 davon wiesen unter 10 Brustkrebsoperationen auf. Doch für Brustkrebsoperationen braucht es viel Erfahrung. Denn dabei muss das Tumorgewebe zuverlässig rückstandsfrei entfernt werden, dies jedoch möglichst brusterhaltend und mit einem guten kosmetischen Ergebnis. Chirurginnen und Chirurgen müssen bei Brustoperationen deshalb verschiedene Operationstechniken aus der Plastischen und Wiederherstellungschirurgie beherrschen; je nachdem, welche Gewebestrukturen in welchem Maße betroffen sind. Sind Lymphknoten im Bereich der Achselhöhle zu entfernen, ist viel Erfahrung mit gefäßnaher Präparation erforderlich. Um spätere Komplikationen zu vermeiden, sollten dabei weitere Gefäße und Nervenstränge möglichst geschont werden.

Eingebettet ist die Operation in die Arbeit weiterer Fachdisziplinen, zum Beispiel der Radiologie, der Strahlen- und Nuklearmedizin, der Onkologie und der Pathologie. Das gesam-

te Team muss über ein hohes Maß an Routine verfügen, da viele Behandlungsschritte unmittelbar ineinandergreifen oder sich gegenseitig bedingen. Gerade hier kann fehlende Routine zu späteren Komplikationen oder Folgeeingriffen führen.

Mit der am 16. Dezember 2021 erstmals **↗ beschlossenen** Mindestmenge von 100 Leistungen pro Standort und Jahr trug der G-BA diesen Anforderungen Rechnung. Etwa 355 der bislang 732 Standorte werden die Mindestmenge voraussichtlich erreichen; nur dort darf Brustkrebs dann noch chirurgisch behandelt werden.

Minuten dauert nun die durchschnittliche Fahrzeit zu einem Krankenhausstandort, der Brustkrebsoperationen durchführt. Das sind nur 3 Minuten mehr als vor Einführung der Mindestmenge von 100 jährlich.

Lungenkrebsoperationen

Auch für eine bestimmte Art von Lungenkrebsoperation (anatomische Resektion) hat der G-BA 2021 erstmals eine Mindestmenge eingeführt. Diese wird durchgeführt, wenn aussichtsreiche Chancen auf eine komplette Entfernung des Tumors bestehen, da er oder mögliche Metastasen noch gut abgrenzbar sind. Bei dieser Operation wird versucht, das den Tumor umgebende Gewebe entlang der anatomischen Strukturgrenzen zu entfernen. Das kann auch die Entfernung von Nachbargewebe anderer Organe oder von Lymphdrüsen einschließen. In Einzelfällen kann dabei auch eine plastische Rekonstruktion eines Teils der Lunge oder von Gefäßen erforderlich sein. Diese hochkomplexen Operationen erfordern sehr viel Erfahrung. Eine enge Zusammenarbeit mit gleichfalls erfahrenen Ärztinnen und Ärzten der Anästhesie und Intensivmedizin ist notwendig, um beispielsweise lebensgefährliche Flüssigkeitsüberlastungen nach der Operation zu vermeiden. Um der Schwierigkeit dieser thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen gerecht zu werden, führte der G-BA in einem **➤ Beschluss** vom 16. Dezember 2021 dafür eine Mindestmenge von 75 Leistungen pro Jahr und Krankenhausstandort ein.

Wirkung der neuen Mindestmengen

Bei beiden neuen Mindestmengen hat der G-BA systematische Literaturrecherchen des IQWiG zum Zusammenhang zwischen Leistungs- und Behandlungsergebnissen als Entscheidungsgrundlage herangezogen. Zudem nutzte er modellhafte Datenanalysen des IQTIG, um zu klären, wie viele Krankenhausstandorte bei unterschiedlichen Mindestmengenhöhen weiterhin an der Versorgung voraussichtlich teilnehmen und wie sich Wegstrecken und Fahrzeiten verändern.

Nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger traten beide Beschlüsse mit Wirkung vom 1. Januar 2022 in Kraft. Für die Krankenhäuser gelten jedoch stufenweise Übergangsregelungen: Spätestens 2025 müssen diese die neuen Mindestmengen in voller Höhe erfüllen.

Jährliche Mindestmengen pro Standort eines Krankenhauses

Eingriff	Höhe der Mindestmenge ¹
Lebertransplantation	20
Komplexe Eingriffe am Organsystem Bauchspeicheldrüse	20
Nierentransplantation	25
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1 250 g	25
Stammzelltransplantation	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Speiseröhre	26
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
Thoraxchirurgische Behandlung von Lungenkrebs	75
Chirurgische Behandlung von Brustkrebs	100
Chirurgische Eingriffe an den Herzkranzgefäßen	derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge

Finden Sie hier alle **➤ verlinkten Inhalte** und Zahlenquellen: [g-ba.de/gb2021#13](https://www.g-ba.de/gb2021#13)



¹ Für einige Eingriffe gelten derzeit noch Übergangsregelungen.

Bauchspeicheldrüsenoperationen

Die seit vielen Jahren geltende Mindestmenge für komplexe Operationen an der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) setzte der G-BA mit einem **➤ Beschluss** vom 16. Dezember 2021 von 10 auf 20 Leistungen herauf. Er entschied auch hier auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche des IQWiG zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität sowie auf Datenanalysen des IQTIG zu Folgenabschätzungen.

Das Pankreaskarzinom ist eine der bösartigsten Krebsarten; die chirurgische Entfernung ist bislang die einzige aussichtsreiche Behandlungsoption. Die schwierige anatomische Lage der Bauchspeicheldrüse hinter Magen und Dickdarm und in der Nähe wichtiger Venen hinter der Hauptschlagader macht den Eingriff äußerst schwierig. Ein erfahrenes Behandlungsteam mit eingeübtem Komplikationsmanagement ist für das Gelingen essenziell. Mindestmengen für Pankreasoperationen gibt es bereits seit 2004; sie gehörten zu den ersten fünf Mindestmengen in Deutschland.

Präzisierungen zum Abgeben der Prognosen

Ein Krankenhaus darf Eingriffe, für die Mindestmengen gelten, nur dann erbringen, wenn es die festgelegte Mindestmenge pro Jahr je Ärztin und Arzt und/oder Standort auch erreicht. Krankenhausträger müssen deshalb jährlich eine Prognose für das Folgejahr gegenüber den Krankenkassen abgeben. Basis sind die erreichten Leistungsmengen zu diesen Operationen aus dem Vorjahr des Prognosejahres. Mehrfach hat der G-BA 2021 Änderungen an den Mindestmengenregelungen getroffen. Mit einem weiteren **➤ Beschluss** vom 16. Dezember 2021 wurden die Vorgaben zur Darlegung der Prognose sowie die Regelung zur erstmaligen oder erneuten Erbringung mindestmengenrelevanter Leistungen im Wesentlichen neu gefasst.

Haben Krankenkassen begründete erhebliche Zweifel an der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose, müssen diese sie künftig widerlegen. Der G-BA soll dazu Regelbeispiele entwickeln. Die Arbeiten an diesem gesetzlichen Auftrag nahm er 2021 auf.



In den **➤ Mindestmengenregelungen (Mm-R)** setzt der G-BA den gesetzlichen Auftrag um, planbare Krankenhausleistungen zu benennen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Behandlungsqualität besteht. Für diese Leistungen legt er die Höhe der jährlichen Mindestmenge je Ärztin und Arzt und/oder Krankenhausstandort fest. In **➤ § 136b Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V** ist diese Aufgabe verankert. Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie **➤ hier**.

Über das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (**➤ GVWG**) gab es 2021 Neuerungen. Der G-BA muss Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel von Krankenkassen an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose entwickeln (**➤ § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V**). Zudem gilt künftig für das Festlegen von Mindestmengen nach Aufnahme der jeweiligen Beratungen eine Zweijahresfrist. Dies muss der G-BA in seiner Verfahrensordnung umsetzen (**➤ § 136b Abs. 3 und 4 SGB V**).

Bedarfsgerechter Verteilungsschlüssel für Arztsitze

Mithilfe der Bedarfsplanung sollen Niederlassungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten genau dort ausgewiesen werden, wo sie benötigt werden. So sollen Versicherte – egal wo sie leben – einen bedarfsgerechten Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erhalten. 2021 hat der G-BA dafür gesorgt, dass die veränderte Krankheitslast der Bevölkerung berücksichtigt wird.

Dass Patientinnen und Patienten mancherorts lange auf einen Facharzttermin warten müssen, kann viele Gründe haben. Fälschlicherweise wird oft die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA dafür verantwortlich gemacht. Dem ist jedoch nicht so. Denn von der Bundessystematik kann auf der Umsetzungsebene vor Ort abgewichen werden.

Grundsätzlich wird für jede Fachrichtung ein angemessenes Verhältnis Einwohner pro Arzt/ Psychotherapeut festgelegt. Die verschiedenen Arztgruppen werden dabei in unterschiedlich großen Räumen geplant. Zum Beispiel ist die hausärztliche Versorgung wohnortnah und damit kleinräumig angelegt. Für Fachärztinnen und -ärzte sind mit zunehmendem Spezialisierungsgrad hingegen größere Einzugsgebiete vorgesehen, weil Patientinnen und Patienten solche Experten seltener aufsuchen müssen.

Da die Bevölkerungsstruktur nicht überall gleich ist, fließt die Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur jeder Region in die Planung und Bewertung der Versorgungssituation vor Ort mit ein.

Wie bereits oben erwähnt, gibt die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA nur das grundsätzliche Raster vor. Die regionalen Bedarfspläne, die als Basis für die Feststellung von Unter- und Überversorgung und schließlich auch der Ausweisung von Niederlassungsmöglichkeiten dienen, werden vor Ort aufgestellt. Zuständig dafür sind die **Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen**. Bei regionalen Besonderheiten können sie von der Bundessystematik abweichen und beispielsweise den Zuschnitt von Planungsbereichen verändern oder auch das Einwohner-Arzt-Verhältnis (Verhältniszahlen). Jede Abweichung muss aber begründet sein.

§

In der **Bedarfsplanungs-Richtlinie** legt der G-BA für die Planung und Verteilung von Arztsitzen eine bundeseinheitliche Systematik fest. Rechtsgrundlage für diese Aufgabe des G-BA sind **§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9**, **§ 99** sowie **§ 101 Abs. 1 SGB V**. Mehr zum Thema lesen Sie **hier**.



Webtipp

In bestimmten Facharzttrichtungen fehlt es an Nachwuchs. Mit einem **Förderprogramm** unterstützen KBV, GKV-SV und DKG **zusätzliche Weiterbildungsstellen** in Klinik und Praxen.

Krankheitslast neu berechnet

2021 passte der G-BA die Bedarfsplanung an die Entwicklung der Verhältnisse im Bundesgebiet an. Entscheidende Stellschraube dabei ist der sogenannte Morbiditätsfaktor, den der G-BA erstmals seit Einführung dieses Mechanismus 2019 aktualisiert hat. Durch diesen Faktor werden Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur im Zeitverlauf und regionale Unterschiede in der Krankheitslast (Morbidität) der Bevölkerung bei der Bedarfsplanung berücksichtigt. So können dort, wo es erforderlich ist, neue Arzt-/Psychotherapeutenplätze in Regionen ausgewiesen werden. Der entsprechende **➤ Beschluss** des G-BA trat am 24. September 2021 in Kraft.

80

zusätzliche Stellen für Hausärztinnen und -ärzte gab es 2021 bundesweit durch die Anpassung des Morbiditätsfaktors.



Finden Sie hier alle **➤ verlinkten Inhalte** und Zahlenquellen: g-ba.de/gb2021#14



Webtipp

Bedarfsplanung allein kann die gleichmäßige Verteilung von Praxen in Deutschland nicht vollständig steuern. Für freie Arztsitze müssen sich auch niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte finden. Der **➤ Sicherstellungsatlas** der KBV zeigt regionale Förderinstrumente, mit denen Niederlassungsanreize gegeben werden sollen.

So fließt die Bevölkerungsstruktur vor Ort in die Berechnung der Niederlassungsmöglichkeiten ein

Alle zwei Jahre ...

... wird der **Morbiditätsfaktor** aktualisiert. Mit seiner Hilfe werden versorgungsrelevante Veränderungen und regionale Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur berücksichtigt.

Morbiditätsfaktor

Alter (unterteilt in 4 Gruppen):

- < 20
- 20 bis < 45
- 45 bis < 75
- 75 und älter

Geschlecht

Krankheitslast

(sog. Morbiditätsgrad)

Ergebnis

Niederlassungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verändern sich regelmäßig auf Basis des Versorgungsbedarfs vor Ort.



Der Gemeinsame Bundes- ausschuss

Finden Sie hier alle
[verlinkten Inhalte](#)
 und Zahlenquellen:
g-ba.de/gb2021#15



Zusammensetzung und Arbeitsweise

Der G-BA ist das höchste Beschlussgremium im deutschen Gesundheitswesen. In ihm arbeiten Vertreterinnen wie Vertreter von Leistungserbringern und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie von Patientenorganisationen zusammen, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Darüber hinaus bringen sich zahlreiche weitere Organisationen und Verbände beispielsweise über Stellungnahmen in den Entscheidungsprozess ein.

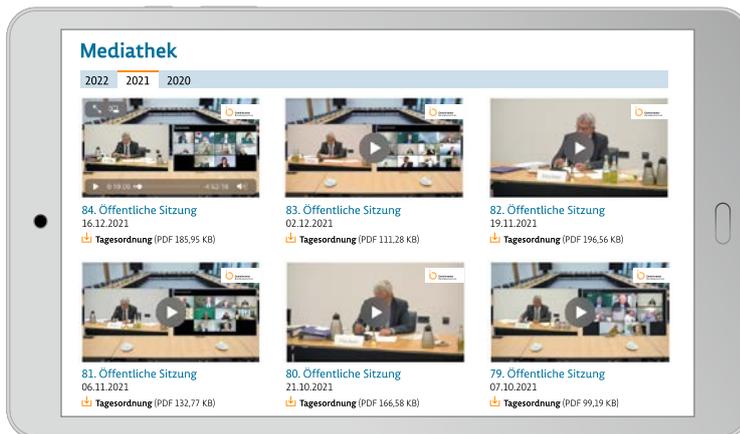
Gesetzlich ist festgelegt, wer an den Beratungen teilnehmen soll. Zum einen die vier großen Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitswesen, die zusammen den G-BA bilden: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. ([DKG](#)) repräsentiert die Krankenhäuser in Deutschland, die Kassenärztliche Bundesvereinigung ([KBV](#)) vertritt die Vertragsärztinnen

und -ärzte sowie die Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ([KZBV](#)) spricht für die Vertragszahnärztinnen und -ärzte sowie der GKV-Spitzenverband ([GKV-SV](#)), in dem alle gesetzlichen Krankenkassen organisiert sind. Neben diesen vier Trägerorganisationen sind [Patientenvertreterinnen und -vertreter](#) an allen Beratungen beteiligt. Zum anderen beraten themenbezogen beispielsweise Ländervertreter, der Deutsche Pflegerat und die Bundesärztekammer mit.

§

Der G-BA wurde am 1. Januar 2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz eingerichtet und hat die Aufgaben seiner Vorgängerorganisationen übernommen. Seine Struktur, seine Aufgaben und seine Arbeitsweise sind in [§ 91 SGB V](#) beschrieben. Mehr dazu lesen Sie [hier](#). Der G-BA steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Wie der G-BA zu seinen Entscheidungen kommt, ist in seiner [Geschäftsordnung](#) und [Verfahrensordnung](#) detailliert festgelegt.

Zentrales Entscheidungsgremium des G-BA ist das [Plenum](#). Es hat 13 Mitglieder und tagt in der Regel zweimal monatlich in öffentlicher Sitzung. Auf der folgenden Doppelseite stellen wir es vor.



Öffentliche Sitzungen

Die Öffentlichkeit kann die Plenumsitzungen des G-BA entweder vor Ort oder als Livestream im Internet verfolgen. In der **Mediathek** sind die Videomitschnitte der Sitzungen abrufbar.

8

Arbeitsweise

Wesentliche Maßstäbe für die Entscheidungen des G-BA sind das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot im Sozialgesetzbuch (SGB) V sowie die Standards der **evidenzbasierten (beweisgestützten) Medizin**: Alle zu einer präzisen Fragestellung weltweit verfügbaren Studien werden systematisch recherchiert, nach ihrer Aussagekraft gewichtet und ausgewertet. Im Abwägungs- und Entscheidungsprozess nimmt der G-BA zudem die gesamte Versorgungssituation in den Blick: beispielsweise die Schwere einer Krankheit und verfügbare Therapiealternativen. Um den Forschungsstand zu ermitteln, werden neben der G-BA-eigenen Fachberatung Medizin weitere unabhängige wissenschaftliche Institutionen hinzugezogen. Dazu gehört das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**www.iqwig.de**) in Köln und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (**www.iqtig.org**) in Berlin.

Wochen dauern im Schnitt die Stellungnahmeverfahren des G-BA. Je nach Verfahren fällt die Dauer sehr unterschiedlich aus und kann deutlich nach oben oder unten abweichen.

Breiter Einbezug von Stellungnehmern

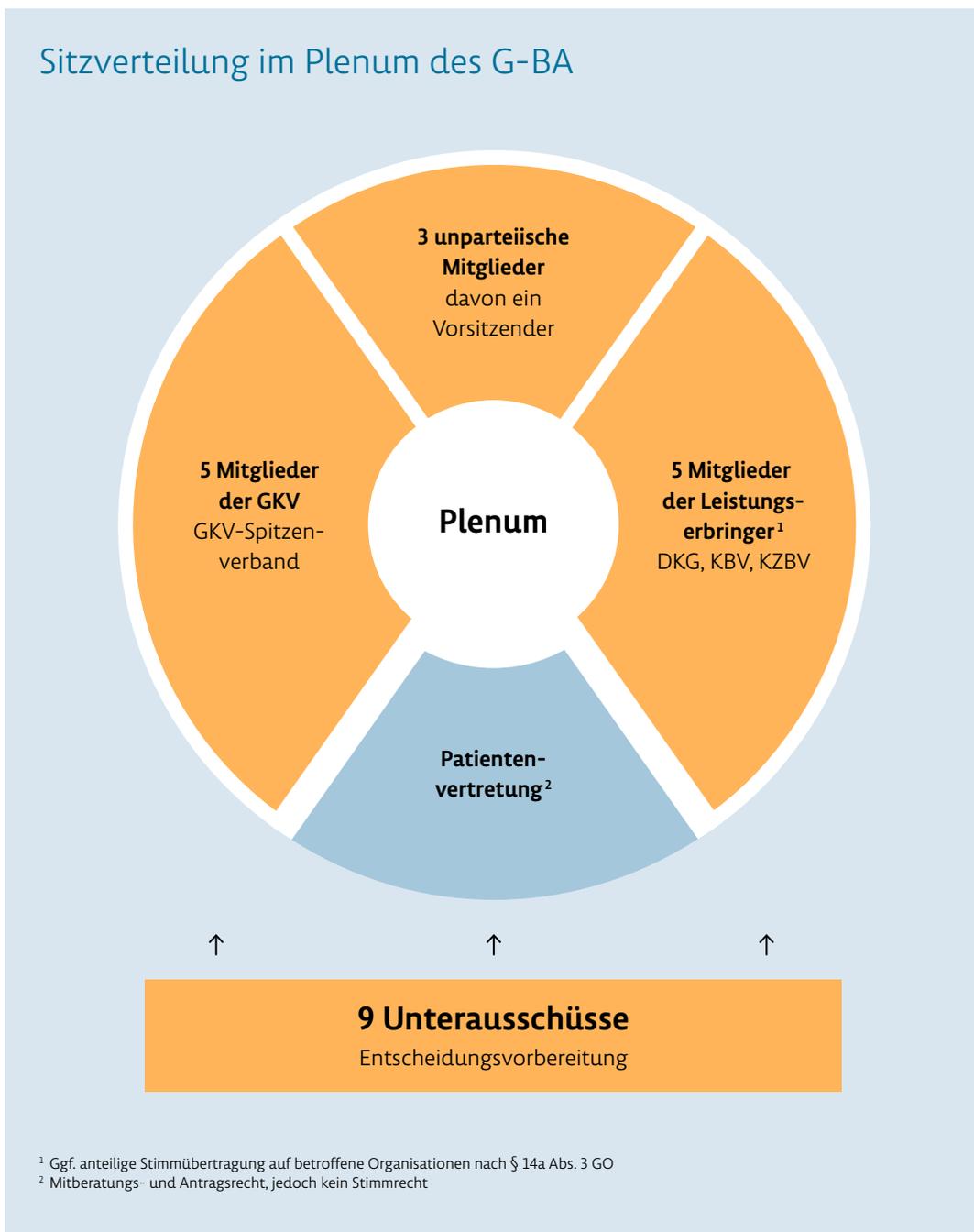
Vor seinen Entscheidungen führt der G-BA umfangreiche Stellungnahmeverfahren durch und bezieht auf diese Weise in einem transparenten und strukturierten Verfahren externen Sachverstand mit ein. Je nach Thema gehören zu den Stellungnahmeberechtigten beispielsweise wissenschaftliche Fachgesellschaften, Heilberufekammern und pharmazeutische Unternehmen. Sie erhalten die geplanten Richtlinienänderungen und sind gebeten, sich kritisch mit dem Entwurf auseinanderzusetzen. Die eingegangenen Hinweise werden vom G-BA ausgewertet, gründlich geprüft und der Entwurf gegebenenfalls angepasst. Nach einem Beschluss werden diese Unterlagen veröffentlicht. Damit ist für die Öffentlichkeit nachvollziehbar, welche Änderungen sich aus den eingegangenen Stellungnahmen ergeben haben – und auch, aus welchen Gründen ihnen nicht gefolgt werden konnte.



Webtipp

Die Beschlüsse des G-BA sind online verfügbar. Sie werden mit den jeweiligen Beschlussbegründungen, den sogenannten Tragenden Gründen, zeitnah auf der G-BA-Website (**www.g-ba.de**) veröffentlicht. Wirksam werden sie in der Regel mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger. Über einen kostenlosen E-Mail-Infodienst können wichtige Informationen tagesaktuell abonniert werden.

Die Mitglieder des G-BA-Plenums



Unparteiische Mitglieder

Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender

1. Stellvertreter: Prof. Dr. Friedhelm Hase
2. Stellvertreter: Dr. Rolf-Ulrich Schlenker

Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied

1. Stellvertreter: Christian Zahn
2. Stellvertreter: Klaus Kirschner

Karin Maag, unparteiisches Mitglied

(seit 01.07.2021, zuvor Prof. Dr. Elisabeth Pott bis 28.02.2021)

1. Stellvertreter: Dr. Udo Degener-Hencke
2. Stellvertreter: Dr. Claus Vogel

Mitglieder des GKV-Spitzenverbands

Dr. Doris Pfeiffer

1. Stellvertreter: Dr. Bernhard Egger
2. Stellvertreter: Dr. Diedrich Bühler
3. Stellvertreterin: Ulrike Elsner

Stefanie Stoff-Ahnis

1. Stellvertreter: Dr. Wulf-Dietrich Leber
2. Stellvertreterin: Dr. Antje Haas
3. Stellvertreter: Martin Litsch

Gernot Kiefer

1. Stellvertreterin: Dr. Monika Kücking
2. Stellvertreter: Gerd Kukla
3. Stellvertreter: Jürgen Hohnl

Ulrike Hauffe

1. Stellvertreterin: Monika Lersmacher
2. Stellvertreterin: Dr. Mechtild Schmedders
3. Stellvertreter: Dipl.-Psych. Peter Follert

Dieter Landrock

1. Stellvertreter: Dietrich von Reyher
2. Stellvertreter: Dr. Torsten Fürstenberg
3. Stellvertreter: Dr. Michael Kleinebrinker

Mitglieder der Leistungserbringer

Dr. Andreas Gassen (KBV)

1. Stellvertreter: Dr. Holger Grüning
2. Stellvertreter: Dr. Pedro Schmelz
3. Stellvertreterin: Dr. Christa Schaff

Dr. Stephan Hofmeister (KBV)

1. Stellvertreter: Dr. Thomas Kriedel
2. Stellvertreter: Dr. Johannes Fechner
3. Stellvertreterin: Dipl.-Psych. Sabine Schäfer

Dr. Gerald Gaß (DKG)

1. Stellvertreterin: Dr. Nicole Schlottmann
2. Stellvertreter: Dr. Thilo Grüning
3. Stellvertreterin: Dr. Kerstin Boldt

Ingo Morell (DKG)

(seit 01.04.2021, zuvor Georg Baum)

1. Stellvertreter: Dr. Bernd Metzinger
2. Stellvertreter: Dr. Michael Brenske
3. Stellvertreterin: Carolin Zaulig

Dr. Wolfgang Eßer (KZBV)

1. Stellvertreter: Christian Nobmann
2. Stellvertreter: Martin Hendges
3. Stellvertreterin: Dr. Karin Ziermann

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 13 Mitglieder:

- einen unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei weitere unparteiische Mitglieder (Unparteiische)
- fünf vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder
- zwei von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) benannte Mitglieder
- zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) benannte Mitglieder
- ein von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) benanntes Mitglied

Darüber hinaus nehmen an den Sitzungen des G-BA bis zu fünf Patientenvertreterinnen und -vertreter teil, die Antrags- und Mitberatungs-, jedoch kein Stimmrecht haben.

Die Geschäftsstelle

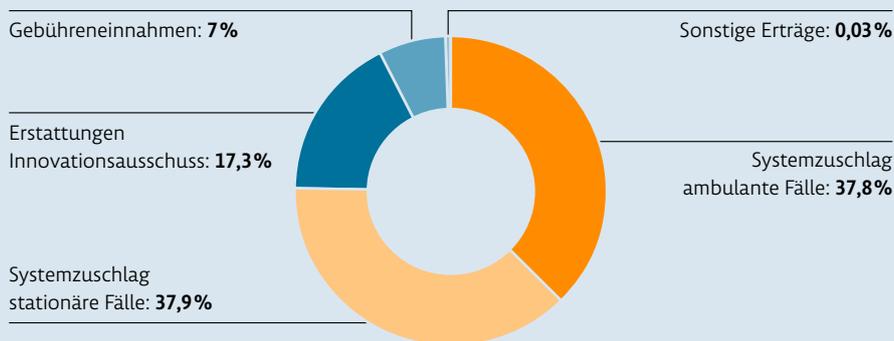
Die ↗ **Geschäftsstelle** des G-BA in Berlin unterstützt die Gremien bei ihren Aufgaben. Sie gewährleistet eine neutrale, unabhängige und transparente Sitzungsorganisation entsprechend der Verfahrensordnung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle führen fachliche Recherchen durch, moderieren Sitzungen, erstellen die dafür erforderlichen Unterlagen, führen Protokoll, sorgen für eine entsprechende technische Ausstattung, beraten die Gremien juristisch und methodisch und verantworten die Öffentlichkeitsarbeit. Mit einer eigenen Stabstelle Patientenbeteiligung unterstützt die Geschäftsstelle zudem die Patientenvertretung bei der Wahrnehmung ihrer Beteiligungsrechte.

Finanzierung

Die Arbeit des G-BA wird über einen sogenannten Systemzuschlag finanziert. Er wird jährlich neu festgelegt. Der Systemzuschlag ist ein Euro- bzw. Centbetrag, der auf GKV-Leistungen im stationären wie ambulanten Bereich erhoben wird. Im Jahr 2021 betrug er für den ambulanten Bereich 5,5875235 Cent pro Fall, für den stationären Bereich 1,89 Euro pro Fall.

Zudem umfasst der Haushalt des G-BA auch die Arbeit des Innovationsausschusses, der durch Zuschüsse aus dem Innovationsfonds finanziert wird. Der Haushaltsplan 2021 des G-BA einschließlich Innovationsausschuss sah im Erfolgshaushalt Ausgaben in Höhe von 49,700 Millionen Euro vor. Der Systemzuschlag war auf 26,578 Millionen Euro festgesetzt.

Zusammensetzung der Einnahmen des G-BA 2020



Die Grafik zeigt anhand der Jahresrechnung 2020 die Zusammensetzung der Einnahmen des G-BA. Die Einnahmen aus Systemzuschlägen für 683 Millionen ambulante Behandlungsfälle und 20 Millionen stationäre Behandlungsfälle beliefen sich insgesamt auf 40,6 Millionen Euro. Hinzu kamen 13,1 Millionen Euro aus Gebühreneinnahmen, Erstattungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Anwendungen des Innovationsausschusses und sonstige Erträge. Den Einnahmen standen erfolgswirksame Ausgaben in Höhe von insgesamt 54 Millionen Euro gegenüber. Sie umfassten auch die Einholung weiterer wissenschaftlicher Expertise.

Da die ↗ Jahresrechnung immer im Oktober des Folgejahres veröffentlicht wird, kann hier nur auf 2020 eingegangen werden.

402 168

Euro an jährlichen Bürokratiekosten konnten durch eine schlankere Dokumentation bei 11 datengestützten QS-Verfahren eingespart werden.



Finden Sie hier alle [verlinkten Inhalte](#) und Zahlenquellen: g-ba.de/gb2021#16

Bürokratiekosten-ermittlung

Zu all seinen Beschlüssen ermittelt der G-BA die damit verbundenen Bürokratiekosten für die ambulanten und stationären Leistungserbringer. Ziel ist, möglichst bürokratiearme Regelungsalternativen zu prüfen, ohne dabei die inhaltlich-fachlich gebotenen Standards abzuschwächen.

Für 364 normsetzende Beschlüsse prüfte der G-BA 2021 die Bürokratiekosten für Praxen und Krankenhäuser. Neue Bürokratiekosten für Leistungserbringerinnen und -erbringer ergaben sich, weil der G-BA ein neues [Disease-Management-Programm Rheumatoide Arthritis](#) etabliert, den Zweitmeinungsanspruch um [Eingriffe an der Wirbelsäule](#) erweitert sowie die neue [Richtlinie zur verbesserten Versorgung schwer psychisch Erkrankter](#) beschlossen hat. Außerdem erweiterte der G-BA die ASV für Patientinnen und Patienten mit [Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven](#) und [chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen](#), was sich ebenfalls auswirkte.



Webtipp

Die Bürokratiekostenermittlung ([§ 91 Abs. 10 SGB V](#)) findet sich immer als kurzer Text am Ende der Tragenden Gründe, einem Zusatzdokument zum Beschluss. Anhand des voraussichtlichen Zeitaufwands und der erwartbaren Fallzahlen werden die Kosten neuer und geänderter Dokumentationspflichten geschätzt.

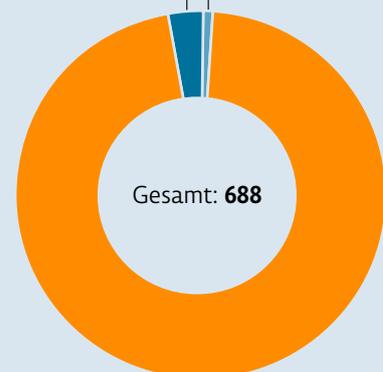
Fristenmonitoring

Viele Aufgaben des G-BA sind mit Fristen verbunden, von denen nur mit besonderer Begründung abgewichen werden darf. Einmal jährlich legt der unparteiische Vorsitzende des G-BA dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags dazu einen [Bericht](#) vor. In übergroßer Mehrheit schließt der G-BA seine Verfahren innerhalb der vorgesehenen Fristen ab.

Fristeinhaltung der G-BA-Verfahren

verfristet bei
Dreijahresfrist: **21**

verfristet bei
gesetzlicher Frist: **3**



fristgerecht: **664**

●
●
●

<
>

www.g-ba.de

>>
+

3

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

2

🔍 Suchen

4

5

6

1

Aktuelles

01.06.2022
» **Befristete Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie**

09.06.2022 | Beschluss
» **Verfahrensordnung: Ergänzung eines Titels im 4. Kapitel – Austausch von Biosimilars**
 Der Beschluss vom 17. Februar 2022 wurde im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt am 9. Juni 2022 in Kraft.

08.06.2022 | Beschluss
» **Änderung des Beschlusses vom 21. April 2022 zur Verlängerung von COVID-19-Ausnahmen von Mindestanforderungen an das Personal und von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst**
 Der Beschluss vom 19. Mai 2022 wurde vom BMG nicht beanstandet. Er tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

07.06.2022 | Pressemitteilung
» **Innovationsausschuss: 32 neue Versorgungsforschungsprojekte können starten**

30.05.2022 | Meldung
» **Telefonische Krankschreibung läuft aus – Wiederauflage je nach Pandemiegeschehen möglich**

Die » **Liste der letzten Änderungen** steht auch als **RSS-Feed** zur Verfügung.

Themenbereiche

- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**
- Arzneimittel**
- Bedarfsplanung**
- Disease-Management-Programme**
- Methodenbewertung**
- Psychotherapie und psychiatrische Versorgung**
- Qualitätssicherung**
- Veranlasste Leistungen**
- Zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung**

alle Themen A-Z

Innovationsausschuss

Für seine Aufgabe, neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, wurde beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet.

zum Innovationsausschuss

Öffentliche Sitzungen

Sitzung des Plenums am 16.06.2022

Download Tagesordnung
(PDF 231,20 kB)

alle Sitzungstermine

Livestream und Mediathek

Oft nachgefragt

- » **Coronavirus – Sonderregelungen**
- » **Mitglieder des G-BA**
- » **Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben**
- » **Ausschreibungen**
- » **Geschäfts- und Verfahrensordnung**
- » **Patientenbeteiligung im G-BA**

Versicherteninformationen und U-Hefte

zu den Versicherteninformationen

Erklärfilm Der G-BA in vier Minuten

zu allen Informationsmaterialien

G-BA-Infodienst

Mit dem kostenlosen G-BA-Infodienst erhalten Sie tagesaktuelle Hinweise zu neuen Veröffentlichungen des G-BA. Die angebotenen Kategorien betreffen beispielsweise Beschlüsse, Pressemitteilungen und die Tagesordnung der nächsten öffentlichen Plenumsitzung.

7

G-BA-Infodienst

» Lassen Sie sich aktuelle Informationen des G-BA zusenden.

8

Inhalte drucken

|
Letzte Änderungen
|
als RSS-Feed

Recherchetipps

Die [↗ G-BA-Website](#) bietet viele Beschlussdokumente, Richtlinien und erklärende Texte zur Gesundheitsversorgung. Dabei können interessierte Nutzerinnen und Nutzer „ihre“ Themen gezielt suchen oder sich per RSS-Feed informieren lassen. Hier einige Tipps und Hinweise:

1

Über das **Websitemenü** gelangen Sie zu den wichtigsten Reitern, die die Seite ordnen: Beschlüsse, Richtlinien, Themen, unterschiedliche Bewertungsverfahren und Studien. Weitere Informationen zu den Mitgliedern des G-BA, zu Aufgaben, Finanzierung und seiner Geschäftsstelle finden Sie unter „Über den G-BA“.

2

Über das Suchfeld der Website können Sie eine [↗ Schlagwortsuche](#) vornehmen. Die Suchergebnisse sind nach Quellentypen gegliedert und lassen sich nach Datum und Relevanz sortieren.

3

Auf der [↗ Serviceseite](#) stellt Ihnen der G-BA unter [↗ Versicherteninformationen](#) Informations- und Dokumentationsmaterialien zur Früherkennung, zu Untersuchungs- und Behandlungsangeboten und zur Datenerhebung in Praxen und Krankenhäusern sowie den Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft als digitale Ansichtsexemplare zu Verfügung.

4

Über die [↗ Themenseiten](#) gelangen Sie zu den Aufgabenbereichen des G-BA. Die A-Z-Stichworte helfen, tiefer in die inhaltliche Arbeit des G-BA einzusteigen, und geben einen allgemeinen Überblick. Die zugehörigen Beschlüsse und Richtlinien finden Sie ebenfalls auf der jeweiligen Themenseite.

5

Filter- und Sortiermöglichkeiten erleichtern auf den [↗ Beschluss-](#) und [↗ Richtlinienseiten](#) das Finden von Dokumenten.

6

Auf der Seite der Bewertungsverfahren finden Sie alle laufenden und abgeschlossenen [↗ Bewertungs- und Beratungsverfahren](#). Anhand der zugehörigen Bekanntmachungen und Beschlüsse kann der aktuelle Verfahrensstand nachvollzogen werden. Filter- und Sortiermöglichkeiten erleichtern die gezielte Suche.

7

Hier können Sie sich beim kostenlosen [↗ G-BA-Infodienst](#) anmelden, um tagesaktuelle Hinweise zu Beschlüssen, Verfahrensständen oder auch aus der Presse zu erhalten. Ausschreibungen und Stellenangebote können über den Infodienst ebenfalls bezogen werden.

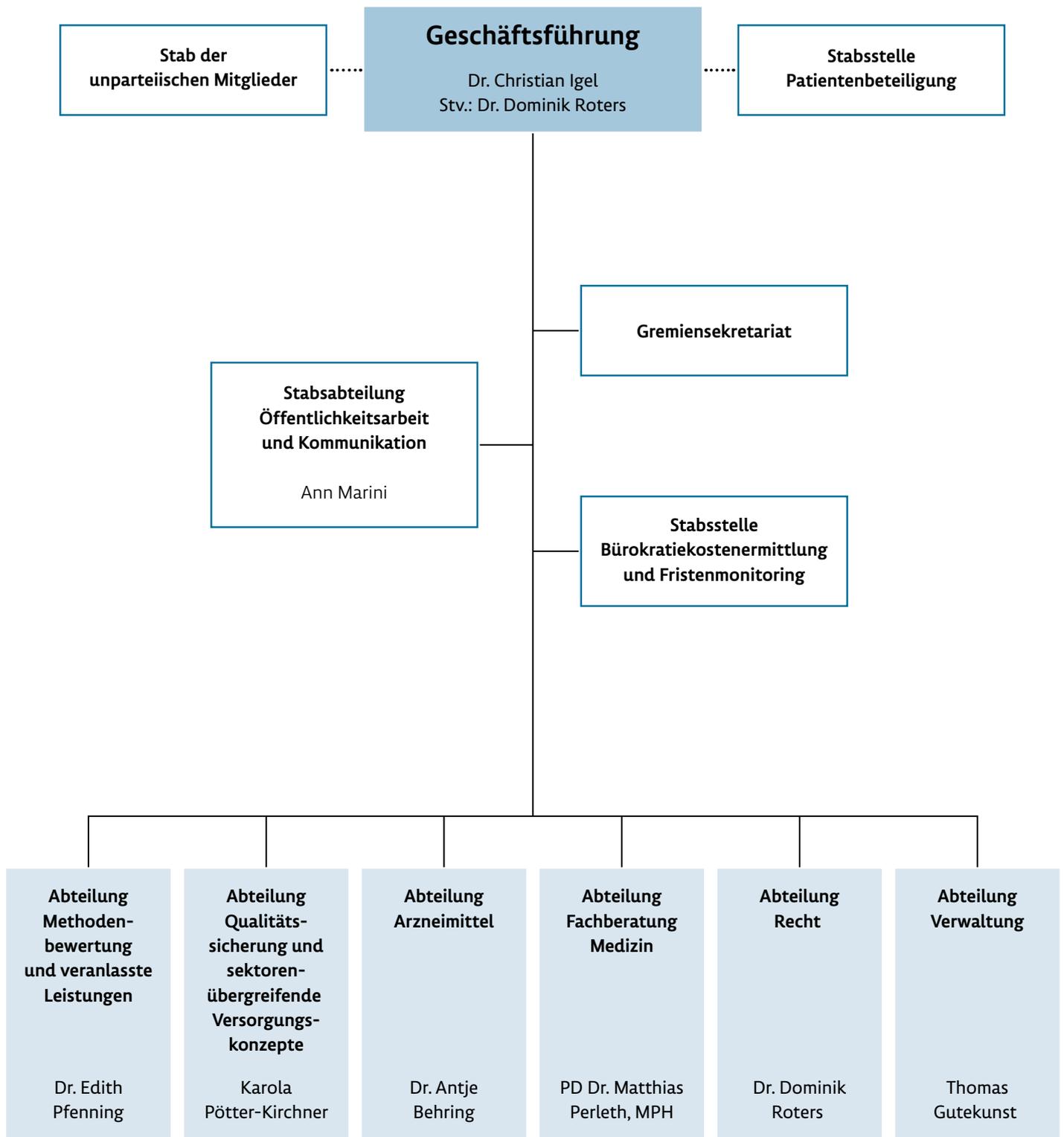
8

Wenn Sie spezielle Beschlüsse oder Verfahren beobachten möchten, können Sie am Ende der jeweiligen Seite einen **RSS-Feed** aktivieren.



Finden Sie hier alle [↗ verlinkten Inhalte](#) dieser Seite:
g-ba.de/gb2021#17

Die Geschäftsstelle des G-BA



Impressum

Herausgeber

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Redaktion

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation:
Sybille Golkowski (Redaktion, Text), Gudrun Köster (Text, Infografiken),
Ann Marini (Redaktion, Text), Ulrike Reiner (Recherchen, Vertrieb),
Annette Steger (Infografiken, Icons, CD), Christina Kortz, Tina Klein
(QR-Codes, Online-Links), Simone Ziem (Recherchetipps)

Korrektorat

wortvollendet, Marion Appelt, Berlin

Design, Satz & Realisation

adlerschmidt kommunikationsdesign, Berlin

Produktion

MOTIV OFFSET NSK GmbH
Grenzgrabenstraße 4
13053 Berlin

Bildnachweis

Georg J. Lopata: S. 4, 5, 27, 40
Rosa Reibke: S. 5, 11, 23, 34

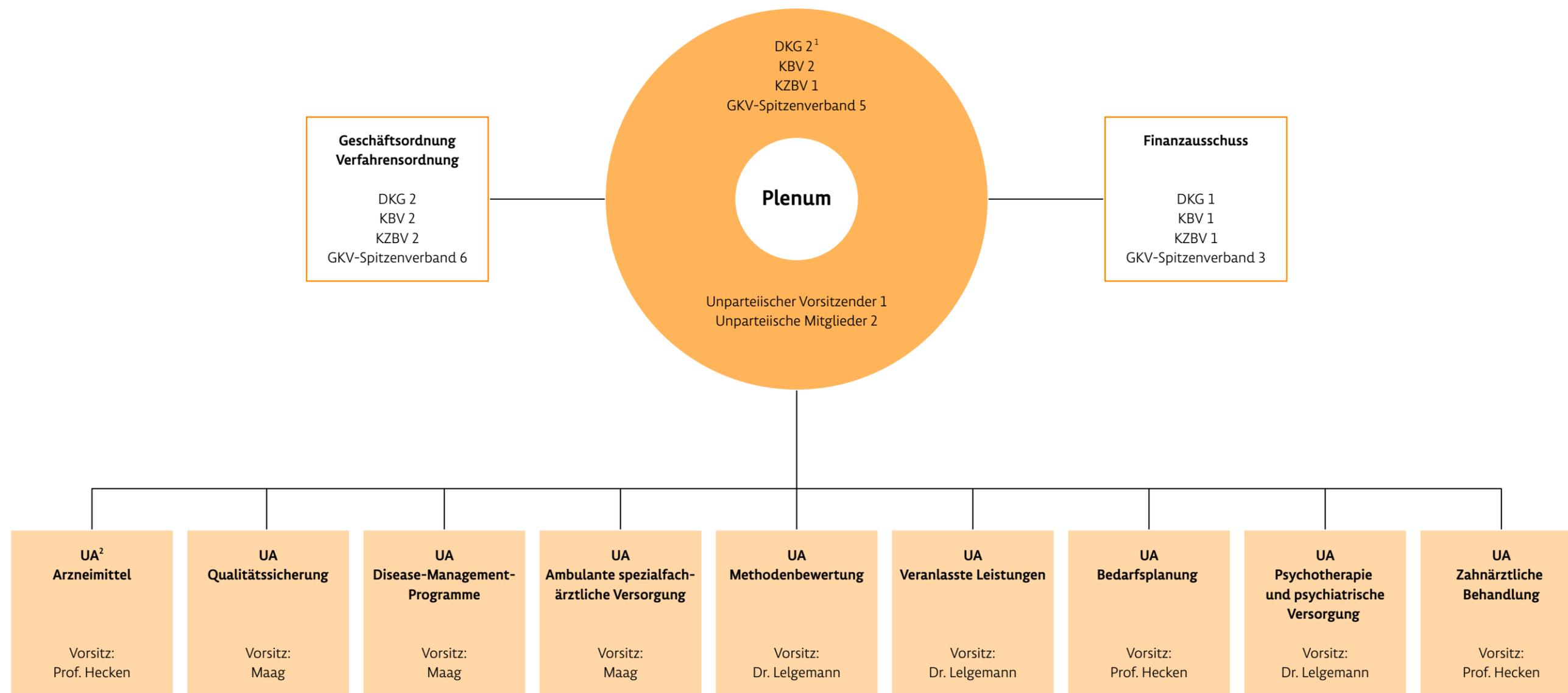
Linkliste und Quellenangaben zu den herausgehobenen Zahlen

www.g-ba.de/gb2021

Berlin 7/2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist Eigentum des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Plenum und Unterausschüsse des G-BA



- In allen Gremien nehmen **Patientenvertreterinnen und -vertreter** mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f Abs. 2 SGB V).
- Im Plenum sowie in den Unterausschüssen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung nehmen **zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder** mitberatend teil (§ 92 Abs. 7e und 7f SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Qualitätssicherung nehmen **jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats** mitberatend teil, soweit Regelungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherung) betroffen sind. Dies gilt auch für **die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer**, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen und Zahnärzte berührt ist (§ 136 Abs. 3 SGB V).
- Die Unterausschüsse sind ebenso wie das Plenum paritätisch besetzt. Sie tagen je nach Beratungsgegenstand in unterschiedlichen Zusammensetzungen.

¹ Anzahl der Mitglieder
² Unterausschuss



Gemeinsamer Bundesausschuss

Postanschrift

Postfach 120606
10596 Berlin

Besuchsadresse

Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Telefon

+49 30 275838-0

Telefax

+49 30 275838-990

E-Mail

info@g-ba.de

Internet

www.g-ba.de