

### 3 Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen und bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die ca. 73 Millionen gesetzlich Krankenversicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA u. a. auch Maßnahmen im Bereich der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser. Vertreten sind im G-BA die vier großen Selbstverwaltungsorganisationen: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband).

Das Aufgabenspektrum ist vielfältig und umfasst Arzneimittel, Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, Disease-Management-Programme (DMP), Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Methodenbewertung und veranlasste Leistungen, Bedarfsplanung, Psychotherapie, zahnärztliche Behandlung, Recht (SGB V), Fachberatung Medizin sowie die Analyse des EBM.

### 3 Der Gemeinsame Bundesausschuss

Die vom G-BA bearbeiteten Themenbereiche sind ebenso breit gefächert wie komplex und umfassen u. a.:

- Arzneimittel
- Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (Qualitätssicherung, Disease-Management-Programme, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)
- Methodenbewertung und veranlasste Leistungen (Methodenbewertung, veranlasste Leistungen, Bedarfsplanung, Psychotherapie, zahnärztliche Behandlung)
- Recht (SGB V)
- Fachberatung Medizin (Analyse EBM, epidemiologische Studien, Orphan Drugs, diagnostische und therapeutische Methoden)
- Verwaltung
- Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation
- Bürokratiekostenermittlung und Fristenmonitoring
- Stab der unparteiischen Mitglieder
- Stabsstelle Patientenbeteiligung

Die folgenden Institute arbeiten dem G-BA zu:

#### 3.1 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* untersucht den Nutzen und den Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten und informiert über die Vorteile und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in Form von wissenschaftlichen Berichten und allgemein verständlichen Gesundheitsinformationen.

#### 3.2 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Das *Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)* ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dabei berät, wie die medizinische Versorgungsqualität in Deutschland gemessen und verbessert werden kann.

Im Auftrag des G-BA entwickelt das IQTIG hauptsächlich Qualitätsindikatoren, mit denen die Qualität der Gesundheitsversorgung gemessen werden soll. Der G-BA entscheidet, ob diese Indikatoren zur Qualitätsmessung eingesetzt werden. Diese externe Qualitätssicherung soll vor allem für die Patienten und für die nützlich sein, die die Patienten versorgen.

Das IQTIG veröffentlicht jährliche Qualitätsreports. Diese Bundesqualitätsberichte (BQB) werden einmal jährlich auf Grundlage der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL)

erstellt und beinhalten die auf Bundesebene aggregierten Auswertungen der externen Qualitätssicherung.

Hintergrund ist die vom Gesetzgeber erfolgte Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Qualitätsvorgaben für die Leistungserbringer zu entwickeln. Diese Qualitätsvorgaben sollen von der Selbstverwaltung erarbeitet werden und sich in verbindlichen Richtlinien und Regelungen niederschlagen. Für die Qualitätsbewertung wurden zwischenzeitlich mehr als 200 Indikatoren entwickelt.

Anhand des Qualitätsberichts kann somit indikatorengestützt festgestellt werden, ob sich die betrachteten Verfahren im Zeitverlauf

- signifikant verbessert
- signifikant verschlechtert oder
- ohne signifikante Veränderung

darstellen und besondere Handlungsbedarfe daraus abgeleitet werden können, die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung bedingen.

Die Auswertungen des Qualitätsberichtes können für die Krankenhausplanung als sog. planungsrelevante Qualitätsindikatoren den Landesbehörden zur Verfügung gestellt werden. Auch erfolgt ein strukturierter Dialog bei Auffälligkeiten einzelner Krankenhäuser, bei dem die Einrichtungen erklären, entkräften bzw. beschreiben können, wie sie mit diesen Auffälligkeiten und erfassten Abweichungen umgehen werden. Ziel des strukturierten Dialogs ist es, in diesen Einrichtungen Verbesserungsmaßnahmen zu implementieren, sofern dies erforderlich erscheint.

Im Bundesqualitätsbericht des Jahres 2020 für das Jahr 2019 wurden folgende Versorgungsbereiche betrachtet:

- Versorgung sehr kleiner Frühgeborener
  - Als dessen Konsequenz erfolgte eine Erhöhung der Mindestmenge bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (mit einem Aufnahme-gewicht unter 1.250 g) von 14 auf 25 pro Jahr und Einrichtung. (Die Versorgungsqualität aller deutschen Perinatalzentren wird auch auf der Website [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org) in laienverständlicher Form dargestellt).
- Nosokomiale Infektionen
  - Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen.
- Gefäßchirurgie
  - Karotis-Revaskularisation.
- Hygiene und Infektionsmanagement
  - Ambulant erworbene Pneumonie
- Kardiologie und Herzchirurgie
  - Leitlinienkonforme Indikation (= Diagnosestellung) für implantierbare Defibrillatoren, Implantation

### 3 Der Gemeinsame Bundesausschuss

- Sondendislokationen oder -dysfunktionen
- Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie
- Aortenklappenchirurgie (isoliert) Koronarchirurgie (isoliert) und kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
- Transplantationsmedizin
  - Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
  - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation sowie Nierentransplantation
  - Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation
  - Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
  - Lebertransplantation
  - Leberlebendspende
  - Nierentransplantation
  - Nierenlebendspende
- Gynäkologie
  - Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
  - Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
  - Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparation bei sonografischer Drahtmarkierung
  - Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
- Perinatalmedizin
  - Geburtshilfe und Neonatologie (Versorgung von Frühgeborenen)
  - Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
  - Neonatologie: Durchführung eines Hörtests
  - Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
  - Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten
- Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
  - endoprothetischer Gelenkersatz mit Hüft- und Knieendoprothesenversorgung
- Pflege
  - Dekubitusprophylaxe

Grundlage der Auswertung waren für die QS-Verfahren nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL):

Es wurden 1.472 Krankenhäuser mit 1.798 Krankenhausstandorten und für die perkutane Koronarintervention 255 vertragsärztliche Praxen/Medizinische Versorgungszentren (MVZ), 961 Krankenhausstandorte und 19 selektivvertragliche Leistungserbringer, bei der Wundinfektion 2.087 ambulant operierende

### 3.3 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

vertragsärztliche Leistungserbringer, 612 ambulant operierende Krankenhausstandorte und 940 stationär operierende Krankenhausstandorte in die Auswertung mit einbezogen.

### 3.3 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert sowohl für die Krankenhäuser wie auch für die Arztpraxen in Deutschland Vorgaben zum Qualitätsmanagement gemäß SGB V § 136:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 insbesondere*

*1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und*

*2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.“*

Damit werden sektorenübergreifend die Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen zu einer nachvollziehbaren und nachweisbaren Qualitätssicherung verpflichtet. Dies betrifft Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht.

Die o. g. müssen sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, um ihre Ergebnisqualität zu verbessern und ein einrichtungsinternes Qualitäts- und Fehlermanagement einführen und weiterentwickeln.

Bei Krankenhäusern kommt explizit auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements dazu. Auch die Krankenhäuser müssen (wie die Vertragsärzte) alle 5 Jahre entsprechend des § 135b im SGB V die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte und der Psychotherapeuten nachweisen und einen jährlichen Qualitätsbericht im Internet veröffentlichen.

Eine wichtige Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist die *Durchführung von Bewertungsverfahren*, in den Bereichen:

### 3 Der Gemeinsame Bundesausschuss

- Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen hinsichtlich ihres Nutzens
- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB = neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

## 3.4 Innovationsausschuss

Das Versorgungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung muss kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dafür wurde 2016 beim Gemeinsamen Bundesausschuss der Innovationsausschuss eingerichtet. Er fördert Projekte, die innovative Ansätze für die gesetzliche Krankenversicherung erproben und neue Erkenntnisse zum Versorgungsalltag gewinnen sollen, die anschließend in die Regelversorgung übernommen werden können.

**Aufgabe des Innovationsausschusses ist es, das Versorgungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherungen kontinuierlich weiter zu entwickeln. So können neue und innovative Versorgungsverfahren und -strukturen wissenschaftlich überprüft in das deutsche Gesundheitssystem eingebracht und so in der Regelversorgung integriert werden. Über den Innovationsausschuss werden Projekte in den Bereichen neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung gefördert.**

Rechtsgrundlage sind die §§ 92a und 92b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die für den Innovationsausschuss erforderlichen Finanzmittel werden durch den Innovationsfonds bereitgestellt. Sie stammen von den gesetzlichen Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds. Die Verwaltung der Finanzmittel übernimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

Für das Jahr 2024 können

- 160 Millionen Euro für Projekte zu neuen Versorgungsformen und
- 40 Millionen Euro für Versorgungsforschungsprojekte

verwendet werden.

Der Innovationsausschuss legt in sog. *Förderbekanntmachungen* die Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds fest und entscheidet über die Förderbarkeit der eingegangenen Anträge. Unterstützt wird er hierbei durch einen Expertenpool aus Vertreterinnen und Vertretern aus der Wissenschaft und der Versorgungspraxis.

Besonders gefördert werden insbesondere Projekte, die die sektorenübergreifende Versorgung verbessern und die ein Umsetzungspotenzial in die Regel-

versorgung aufweisen, sowie auch solche, deren Ziel eine dauerhafte Weiterentwicklung der Versorgung ist.

Eine Förderung durch den Innovationsfonds setzt voraus, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) der Projekte erfolgt. Das Evaluationskonzept der Projekte muss somit auf einer validen und gesicherten Datengrundlage beruhen, damit sowohl deren Ergebnisse als auch deren Effekte für die Versorgung im Hinblick auf eine dauerhafte Übernahme in die Versorgung beurteilt werden können.



**Wurde ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt abgeschlossen und evaluiert, so können sich drei Konsequenzen ergeben:**

- Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform insgesamt
- Empfehlung zur Überführung wirksamer Teile in die Regelversorgung
- Keine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung

Aus den ersten beiden aufgeführten Punkten resultiert ein konkreter Vorschlag, wie die Überführung erfolgen soll und welche Organisation der Selbstverwaltung/andere Einrichtung für sie zuständig ist. Ist der G-BA zuständig, muss dieser innerhalb von 12 Monaten nach Beschluss der Empfehlung die Regelungen zur Aufnahme in die Versorgung beschließen und somit umsetzbar machen.

#### *Beispiel: Telenotarzt Bayern – Überführung in die Regelversorgung*

Ziel des Projekts Telenotarzt Bayern ist die Optimierung der Notfallversorgung in ländlichen Regionen.

Folgende Maßnahmen werden dazu getroffen:

- Der Telenotarzt unterstützt den Rettungsdienst während der Einsätze.
- Vor Ort werden Vitalparameter der Patientinnen und Patienten gemessen, aus dem Rettungsfahrzeug an Telenotarzt/-notärztin übertragen und für Diagnosestellung und Erstbehandlung sofort analysiert. So kann die Behandlung der Patientinnen und Patienten früher beginnen.

Der Innovationsausschuss empfahl die Übernahme dieser neuen Versorgungsform zur Überführung in die Regelversorgung und leitete diese Empfehlung an die zuständigen Organisationen (Gesundheitsministerien der Länder, Gesundheitsministerkonferenz und die maßgeblichen Fachgesellschaften) weiter. Über <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/> können die Beschlüsse des Innovationsausschusses eingesehen werden.

### 3 Der Gemeinsame Bundesausschuss

Die riesige Bandbreite der vom Innovationsfonds geförderten oder bei ihm eingereichten Projekte beweist das hohe Innovationspotenzial im deutschen Gesundheitswesen, sowohl bei den Leistungserbringern (Krankenhäusern, Arztpraxen und in der ambulanten Versorgung generell) als auch bei den Krankenkassen, welches noch längst nicht ausgeschöpft ist. Auch wird anhand der zwingend vorgesehenen Evaluationen systematisch erfasst und geprüft, ob die Ansätze funktionieren, in strukturell vergleichbare Regionen oder auf andere Patientengruppen übertragen und letztlich in Regelversorgung aufgenommen werden können.

Die *Patientenbeteiligung* im G-BA wird durch Organisationen gewährleistet, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland vertreten. Diese Organisationen der Patientenbeteiligung haben Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch kein Stimmrecht bei Entscheidungen des G-BA.

Aktuell sind (Stand 2023) folgende Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im G-BA vertreten:

- Deutscher Behindertenrat (DBR)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.



**Damit wird deutlich, was für ein mächtiges Gremium der Gemeinsame Bundesausschuss ist und dass dieser zu Recht als höchstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen bezeichnet wird. Die Rechtsaufsicht über den G-BA liegt beim Bundesgesundheitsministerium.**