

Der Gemeinsame Bundesausschuss

Wer wir sind und was wir
für Ihre Gesundheit tun





Foyer der Geschäftsstelle
des Gemeinsamen Bundes-
ausschusses in Berlin.

Inhalt

- 3 **Gesundheit für alle**
Wie bleibt unsere Versorgung sicher und bezahlbar?
- 7 **Die Arbeit des GBA in Beispielen**
- 8 **Festbetragsgruppen** – Arzneimittelpreise sinken
- 14 **Zusatznutzenbewertung** – Besserer Wirkstoff oder Scheininnovation?
- 18 **Behandlungsmethoden** – Fernbetreuung bei Herzschwäche
- 24 **Früherkennungsmethoden** – Organisiertes Darmkrebs-Screening
- 28 **Verordnete Leistungen** – Langfristige Heilmittelversorgung
- 32 **Zahnärztliche Behandlung** – Parodontitistherapie
- 36 **Entwicklung von Qualitätsstandards** – Kinderherzoperationen
- 40 **Festlegung von Mindestmengen** – Sicherheit für die Kleinsten
- 44 **Qualitätsmessung** – Sepsis schnell erkennen
- 48 **Strukturierte Behandlung** – Hilfe für Asthmapatienten
- 52 **Der Innovationsfonds** – Ideen für eine bessere Versorgung
- 55 **Der GBA – Arbeitsweise und Struktur**
- 63 **www.g-ba.de** – Recherchetipps
- 64 **Impressum**



Gesundheit für alle

Wie bleibt unsere Versorgung sicher und bezahlbar?

74 Millionen Menschen¹ 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 Versichertenbeiträge zugleich für alle bezahlbar bleiben. Angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts, der auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor ist, bleibt dies eine besondere und schwierige Aufgabe. Bei ihrer Bewältigung spielt der vom Gesetzgeber mit vielen Aufgaben betraute Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine wichtige Rolle.

Der GBA definiert, was im Einzelnen unter einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung, wie sie im Gesetz beschrieben wird, zu verstehen ist. Damit legt er rechtsverbindlich den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten fest. Und er sorgt dafür, dass Patientinnen und Patienten nach dem aktuellen Stand

¹ Angabe GKV-Spitzenverband 3/2026 (74,44 Millionen)

der medizinischen Erkenntnisse untersucht und behandelt werden. Bei seinen Entscheidungen stützt sich der GBA auf zuvor durchgeführte wissenschaftliche Bewertungen.



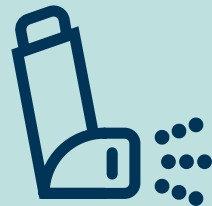
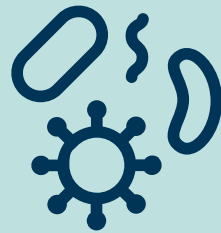
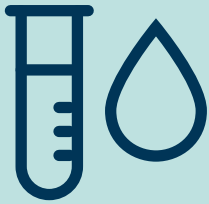
Der GBA wurde am 1. Januar 2004 durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung gegründet. Seine Vorgängerinstitutionen² waren wesentlich älter. Er ist ein Gremium, das sich aus Vertretern der für die Gesundheitsversorgung verantwortlichen Kostenträger (gesetzliche Krankenkassen) und Leistungserbringer (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte) sowie mitberatenden Patientenvertretern zusammensetzt.

² Die Vorgängerinstitutionen des GBA waren die früheren Bundesausschüsse für Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus sowie der Koordinierungsausschuss.

Der Gesetzgeber hat den GBA mit einem großen Aufgaben- und Verantwortungsspektrum ausgestattet. Er hat die Kompetenz, Richtlinien zu erlassen, die für Anbieter von Gesundheitsleistungen, Krankenkassen und Patienten in Deutschland gleichermaßen bindend sind. Rechtsgrundlage seiner Arbeit ist das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Darin ist festgelegt, wie sich der GBA zusammensetzt, wie er arbeiten soll und welche Aufgaben er hat.

Der GBA trifft unabhängig von den im politischen Tagesgeschäft wirkenden Kräften schwierige Versorgungsentscheidungen. Dabei ist er als Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern so konstruiert, dass ein machtpolitisches Durchsetzen von Einzelinteressen bei Abstimmungen nicht möglich ist, er jedoch auch in festgefahrenen Entscheidungssituationen durch Mehrheitsbeschlüsse zu Ergebnissen kommen kann. Oft werden gegenläufige Interessen bereits im Verlauf der Beratungen zu einem Konsens bzw. zum größtmöglichen Kompromiss geführt. Dabei greift der GBA gezielt auf die Expertise unabhängiger wissenschaftlicher Institute zurück und bindet sie in die Entwicklung von Versorgungslösungen ein.





Die Arbeit des GBA in Beispielen

Auf den folgenden Seiten geben wir Einblick in die Arbeit des GBA. Anhand von Beispielen erklären wir einige seiner Entscheidungen und erläutern die dahinterstehenden Aufgaben. Um verständlich zu bleiben, wird auf eine vollständige Darstellung aller Aufgaben des GBA verzichtet. Einen kompletten Überblick bietet die Website ↗ www.g-ba.de.



Festbetragsgruppen Arzneimittelpreise sinken

„Nein, danke!“, **Fatma Çelik (60)** wehrt ab, als ihre Kollegin ihr die Dose mit dem köstlichen Baklava nochmal hinhält. „Du weißt doch, das darf ich gar nicht essen.“ Das Gebäck aus ihrer alten Heimat ist leider nicht gut für sie. Fatma Çelik hat seit etwa 15 Jahren einen Typ-2-Diabetes, den sie eher schlecht als recht in den Griff bekommt. Sie fühlt sich oft schlapp und müde und manchmal hat sie ein taubes Gefühl in den Füßen. Seit sie diese neue zusätzliche Tablette nimmt, haben sich ihre Werte aber verbessert. Neulich war sie wieder bei der Ärztin deswegen. Dort hat sie allerdings etwas Seltsames erlebt. Als die Ärztin das E-Rezept dafür fertigmacht, hält sie plötzlich inne und sagt mit Blick auf ihren Bildschirm: „Frau Çelik, ich sehe gerade... für das Medikament, das Sie immer nehmen, müssen Sie jetzt 63,39 Euro in der Apotheke aufzahlen. Wenn Sie das nicht wollen, kann ich Ihnen aber gern was anderes aufschreiben. Warten Sie mal... dies hier, ...gleicher Wirkstoff, gleiche Packungsgröße und es kostet nichts extra.“ Fatma Çelik nickt. Doch wieso muss sie jetzt ein anderes Medikament nehmen?





Das macht hier der GBA

Der Wirkstoff Sitagliptin in Fatma Çeliks Tablette unterliegt einem sogenannten Festbetrag. Das ist eine Preisobergrenze für eine Gruppe therapeutisch gleichwertiger Präparate, bis zu der die Krankenkassen diese Medikamente bezahlen. 3,8 Milliarden Euro³ sparen die gesetzlichen Krankenkassen im Durchschnitt pro Jahr allein durch Festbeträge. Geld, das dann für andere benötigte Behandlungen ausgegeben werden kann. Der GBA hat hierbei eine wichtige Aufgabe: Er prüft, für welche Arzneimittel Festbeträge bestimmt werden können und fasst diese zu sogenannten Festbetragsgruppen zusammen.

Der Wirkstoff Sitagliptin gehört zu den DPP-4-Inhibitoren. Für die hat der GBA im Jahr 2024 erstmals eine Festbetragsgruppe gebildet. Der Hersteller von Fatma Çeliks gewohntem Präparat hat den Preis aber nicht an den Festbetrag angepasst. Um Aufzahlungen zu vermeiden, können Patientinnen und Patienten zu einem anderen, ebenfalls für die Behandlung geeigneten, bereits auf oder unter der Festbetragshöhe liegenden Präparat wechseln.

³ Angaben des GKV-Spitzenverbands Stand 17.06.2026
(Jahresdurchschnitt der vergangenen 10 Jahre)

€

€€

€€€



Unser Auftrag: Festbetragsgruppen bestimmen

Festbetragsgruppen darf der GBA nur dann bilden, wenn für ein Anwendungsgebiet mehrere therapeutisch vergleichbare Präparate zugelassen sind. Innerhalb einer Festbetragsgruppe können Ärztinnen und Ärzte deshalb immer zwischen verschiedenen therapeutischen Alternativen wählen, die sie auf Kosten der Krankenkassen verschreiben können. Bei rund 80 Prozent⁴ aller Arzneimittelverordnungen in Deutschland handelt es sich um Festbetragsarzneimittel.

Die Höhe der Festbeträge wird mithilfe von Marktdaten regelmäßig neu berechnet. Der GBA bestimmt dafür sogenannte Vergleichsgrößen, die in die spätere konkrete Errechnung der Festbeträge mit einfließen. Endet bei einem der Wirkstoffe der Patentschutz, gibt es bald darauf kostengünstige Nachahmerprodukte (Generika). Dann sinken in der Gruppe die Festbeträge.

Berechnet werden die Festbeträge vom GKV-Spitzenverband. Er legt nach den gesetzlichen Kriterien für jede vom GBA gebildete Gruppe einen Festbetrag fest und übermittelt ihn zur Veröffentlichung im Internet an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.bfarm.de). Beide Schritte – die Gruppenbildung und das Festsetzen des Festbetrags – führen dazu, dass die günstigsten Arzneimittel einen Preisdruck nach unten auslösen. Hersteller orientieren sich oft mit ihren Preisen am Festbetrag, müssen diese aber nicht absenken. Bleiben sie bei einem höheren Preis, können Patienten Aufzahlungen nur durch den Wechsel zu einem in voller Höhe erstattungsfähigen geeigneten Produkt vermeiden. Wollen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ein Arzneimittel verschreiben, dessen Preis über dem Festbetrag liegt, müssen sie zu Alternativen beraten.

⁴ Angabe des GKV-Spitzenverbands

Gut zu wissen zum Thema **Arzneimittel**



Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in Deutschland sofort nach ihrer Zulassung für gesetzlich Krankenversicherte als GKV-Leistung verfügbar. Versichertenbeiträge sollen jedoch möglichst für solche Medikamente ausgegeben werden, die für Patientinnen und Patienten am zweckmäßigsten sind – und dies zu einem fairen Preis. Deshalb hat der Gesetzgeber den GBA damit beauftragt, regulierend in den Arzneimittelmarkt einzugreifen.

Neben der beschriebenen Festbetragsgruppenbildung hat der GBA noch weitere Möglichkeiten, die Versorgung sicherer und bezahlbarer zu gestalten: Beispielsweise kann er die Verordnungsfähigkeit unzweckmäßiger oder unwirtschaftlicher Arzneimittel einschränken. Er kann auch Therapiehinweise geben, die Ärztinnen und Ärzte beachten sollen. Oder er prüft, ob Arzneimittel ausnahmsweise außerhalb ihrer zugelassenen Anwendungsgebiete (im sogenannten Off-Label-Use) verordnet werden dürfen. Neu auf dem Markt zugelassene Arzneimittelwirkstoffe muss er einer frühen Nutzenbewertung unterziehen (siehe folgendes Beispiel).





Zusatznutzenbewertung

Besserer Wirkstoff oder Scheininnovation?

Mit der einen Hand hält **Leo Ammann (14)** den Inhalator fest, mit der anderen scrollt er auf seinem Smartphone den Ausfallplan seiner Schule durch. Erste Doppelstunde entfällt, Glück gehabt! Leo macht einige tiefe Atemzüge, um den Schleim, der sich ständig in seiner Lunge bildet, in Richtung Mund zu befördern und dann abzuhusten. Das geht heute fix: Seit er das neue Medikament nimmt, ist kaum noch Schleim vorhanden. Das Inhalieren, die Atemtherapeutischen Übungen zum Freihusten der Lunge und über zehn Medikamente sind Teil seines Alltags. Leo hat Mukoviszidose. Eine angeborene Genveränderung führt dazu, dass seine körpereigenen Sekrete zäh und dickflüssig sind. Seit er das neue Medikament nimmt, geht es ihm besser. Leo hat zugenommen, er hat mehr Energie und ist belastbarer. Leider hat er jetzt öfter Kopfschmerzen; aber egal. In der Küche greift er seine Medikamentenbox und spült die orangefarbene Tablette mit einem Glas Milch herunter. Mehr Zeit fürs Frühstück, die kann er brauchen.

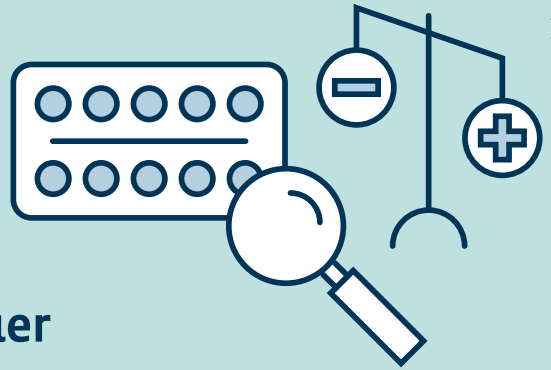




Das macht hier der GBA

Leo Ammanns neues Medikament ist eine Fixkombination aus drei Wirkstoffen: Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor. Zwei davon, Ivacaftor und Tezacaftor, gibt es schon länger; auch in Kombination mit anderen Wirkstoffen. Die Zusammensetzung, die Leo Ammann bekommt, kam im Juni 2021 auf den deutschen Markt. Sie wird zur Behandlung von Mukoviszidose-Patienten ab zwölf Jahren eingesetzt, die bestimmte Mutationen auf dem krankheitsverursachenden Gen aufweisen. Dadurch ergeben sich Fehler in Bausteinen (Chlorid-Kanälen) der schleimbildenden Drüsen. Das Arzneimittel kann zumindest einen Teil dieser Fehler ausgleichen.

Der GBA fand im November 2021 nach einem aufwendigen Bewertungsverfahren für über 12-Jährige mit bestimmten Genveränderungen Hinweise auf einen erheblichen Zusatznutzen der neuen Wirkstoffkombination gegenüber den Vergleichstherapien. Für diese Patienten überwiegt der Nutzen deutlich die Nebenwirkungen. Mittlerweile hat der GBA Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor für viele weitere Patientengruppen bewertet. Nicht alle profitieren im gleichen Maße.



Unser Auftrag: Zusatznutzen neuer Arzneimittel bewerten

In Deutschland sind neu zugelassene Arzneimittelwirkstoffe sofort nach Markteintritt verordnungsfähig und stehen den Patientinnen und Patienten damit gleich zur Verfügung. Solche neu entwickelten, unter Patentschutz stehenden Wirkstoffe sind in der Regel sehr teuer. Bis zum Jahr 2010 durften die Hersteller dafür einen selbst festgelegten Preis fordern – und die Versichertengemeinschaft respektive die gesetzlichen Krankenkassen zahlten. Mit Beginn des Jahres 2011 hat der Gesetzgeber diesen Mechanismus beendet. Seitdem wird sofort nach der Marktzulassung eines neuen Wirkstoffs geprüft, ob dieser besser ist als die bisher verfügbaren Therapieoptionen. Damit lassen sich echte Innovationen von sogenannten Scheininnovationen unterscheiden.

Der GBA hat hierbei eine wichtige Aufgabe: Er muss jeden neuen Arzneimittelwirkstoff, der auf den deutschen Markt kommt, innerhalb von sechs Monaten nach Markteintritt einer sogenannten frühen Nutzenbewertung unterziehen. Dabei prüft der GBA, für die von der Zulassung umfassten Patientengruppen, wie groß der Nutzen im Vergleich zu bislang verfügbaren Therapien ist.

Die Bewertung des GBA ist die Grundlage für den Erstattungsbetrag, den die gesetzlichen Krankenkassen mit dem Hersteller verhandeln und am Ende auch zahlen. Stellt der GBA fest, dass das Arzneimittel keinen zusätzlichen Nutzen für die Patienten bringt, kann er es direkt in eine sogenannte Festbetragsgruppe einordnen. Handelt es sich jedoch um eine echte Verbesserung mit einem nachweisbaren Zusatznutzen, verhandelt der Hersteller auf der Grundlage der Nutzenbewertung des GBA den künftigen Erstattungsbetrag mit dem GKV-Spitzenverband.



Behandlungsmethoden

Fernbetreuung bei Herzschwäche

Treppensteigen ist das Schlimmste. Keuchend setzt **Lina Spallek (69)** die Einkaufstaschen ab. Ihr ist schwarz vor Augen. Ihre Enkelin ist schon fast oben und fegt wieder herunter. „Oma, gib mal Schlüssel, ich mach schon mal auf.“ Lina Spallek atmet schwer und muss sich auf die Treppe setzen. „Hier... Ich... komm gleich!“, stößt sie hervor. Lina Spallek leidet unter ausgeprägter Herzschwäche. Dadurch ist sie kaum belastbar. Ihre Beine sind geschwollen, sie hat oft Wasser in der Lunge und jede kleine Anstrengung bringt sie an ihre Grenzen. Doch seit Kurzem fühlt sie sich sicherer, denn sie nutzt jetzt eine digitale Fernbetreuung. Ihre Vitalwerte werden damit eng überwacht und ihre Ärztin kann früh eingreifen, wenn es ihr schlechter geht. Am Abend zeigt sie ihrer Enkelin am Tablet, wie das alles funktioniert. Zusammen legen sie die Blutdruckmanschette an und tragen den gemessenen Wert ein. Danach geht es auf die elektronische Waage und das Tablet fragt ab, ob es Besonderheiten gab. Ja, die gab es. Die Treppe.

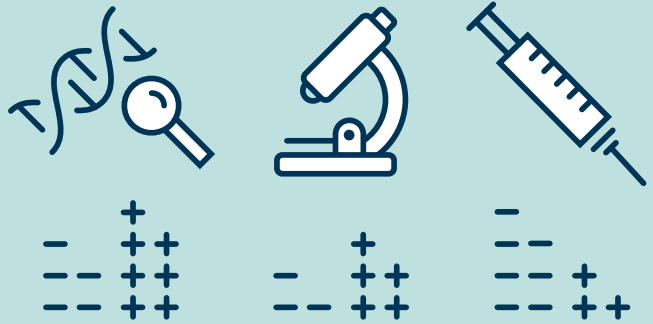




Das macht hier der GBA

Dass herzkrankte Menschen wie Lina Spallek durch ein zusätzliches Digital-Monitoring bessere Überlebenschancen haben, geht auf eine Entscheidung des GBA zurück. Der machte im Dezember 2020 die telemedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzschwäche zu einer ambulanten Kassenleistung. Wichtige Werte wie Blutdruck, Herzfrequenz oder Gewicht werden dabei täglich von den Patienten selbst gemessen und erfasst. In einer Schulung lernen sie zuvor den Umgang mit den Mess- und Eingabegeräten kennen, die ihnen die Krankenkasse zur Verfügung stellt.

Die eingegebenen Daten werden an ein telemedizinisches Zentrum übertragen und dort ausgewertet. Bereits implantierte Herzschrittmacher können durch die entsprechenden Geräte sogar direkt ausgelesen werden. Bei Auffälligkeiten informiert das Zentrum sofort die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. So kann die Therapie unmittelbar angepasst werden. Bei Prüfung der aktuellen Studienlage sah der GBA: Mit dem Telemonitoring gibt es unter den Betroffenen deutlich weniger Todesfälle infolge der Herzschwäche.

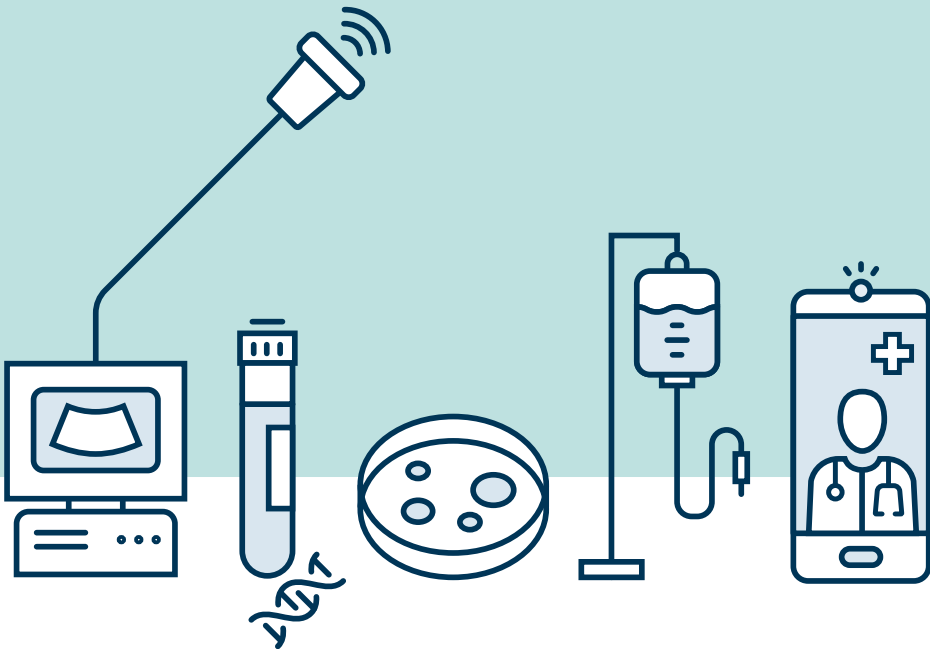


Unser Auftrag: **Neue Methoden überprüfen**

Der GBA überprüft bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ob sie Patientinnen und Patienten einen Nutzen bringen und ob sie notwendig und wirtschaftlich sind. Dabei sieht sich der GBA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Forschung genau an und greift bei seinen Bewertungen auf alle aussagekräftigen Studien zu dieser Methode zurück.

Er überprüft eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode beispielsweise auch darauf, ob sie Patientinnen und Patienten heilen kann, mit welchen Nebenwirkungen oder möglichen Komplikationen zu rechnen ist oder wie sie sich auf die Lebensqualität auswirkt. Immer muss der GBA auch abklären, welcher Patientengruppe die Methode unter welchen Umständen besonders gut hilft.

Gut zu wissen zum Thema **Untersuchungen und Behandlungen**



Ob eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode Kassenleistung wird, ist in Deutschland für Praxen und Kliniken unterschiedlich geregelt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dürfen neue Methoden erst dann als Kassenleistung anbieten, wenn der GBA sie für den ambulanten Bereich geprüft hat und zu dem Ergebnis kam, dass ihr Einsatz dort für Patientinnen und Patienten nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich ist (Erlaubnisvorbehalt).

Krankenhäuser hingegen dürfen neue Untersuchungen und Behandlungen nach dem Gesetz ohne ein solches Vorprüfungsverfahren direkt anbieten. Auf Antrag⁵ untersucht der GBA jedoch, ob die stationär erbrachte Methode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich ist. Zeigt sich dann, dass der Nutzen einer im Krankenhaus angewandten Methode nicht hinreichend nachgewiesen ist und sie auch nicht das Potenzial für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet (weil sie zum Beispiel schädlich oder unwirksam ist), kann der GBA sie aus der Krankenkassenversorgung herausnehmen (Verbotsvorbehalt).

⁵ Antragsberechtigt für ein Methodenbewertungsverfahren im ambulanten Bereich sind die unparteiischen Mitglieder des GBA, die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigungen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der GKV-Spitzenverband und die Patientenvertretung. Antragsberechtigt für die Methodenbewertung im Krankenhaus sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Krankenhausträger, der GKV-Spitzenverband und die Patientenvertretung.



Früherkennungsmethoden

Organisiertes Darmkrebs-Screening

Zwei bis drei Liter Flüssigkeit in zwei Stunden, das muss man erst mal schaffen. **Klaus Ellert (50)** hat morgen eine Darmspiegelung, seine erste. Ein Vergnügen wird's nicht sein. Aber Klaus Ellerts Großvater ist in den 70ern an Darmkrebs gestorben. Grund genug für ihn, da mal genauer nachsehen zu lassen. Als kürzlich die Einladung seiner Krankenkasse zum Darmkrebs-Screening kam, hat er sofort einen Termin beim Gastroenterologen gemacht. Wenn der was findet, dann voraussichtlich im Frühstadium. Und vieles kann wohl direkt bei der Untersuchung – bei der er angenehmerweise schlafen wird – gleich beseitigt werden. Eben hat Klaus Ellert damit begonnen, mit einem dicken Strohhalm eine Speziallösung zum Abführen zu trinken; immer abwechselnd mit Wasser. Um sich abzulenken, pendelt er immer wieder zu seinem Notebook hinüber und sucht nach Hotels für den nächsten Sommerurlaub. Morgen früh das Ganze noch mal; um 13.00 Uhr ist sein Termin.





Das macht hier der GBA

Die Darmspiegelung, die Klaus Ellert morgen erhält, ist Teil des organisierten Darmkrebs-Screenings. Der GBA hat diese flächen-deckende Früherkennung im Jahr 2018 zur Krankenkassenleistung gemacht. Alle GKV-Versicherten zwischen 50 und 65 Jahren werden jetzt alle fünf Jahre von ihrer Krankenkasse dazu eingeladen. Es besteht die Wahl zwischen einem zweijährlichen Test auf Blut im Stuhl oder zwei Darmspiegelungen (Koloskopien) im Abstand von zehn Jahren.

Beide Untersuchungsmethoden erhöhen die Überlebenschancen von Versicherten, da sie Tumoren weit vor Einsetzen von Beschwerden finden. Von 100 Tumoren entdeckt ein Stuhltest etwa 70 und eine Darmspiegelung etwa 95. Zudem können dabei schon Krebsvorstufen gefunden und sofort entfernt und untersucht werden. Der GBA hat eine Broschüre entwickelt, die Versicherten dies alles ausführlich erklärt. Sie liegt den Einladungen zum Screening bei und kann auch in Leichter Sprache im Netz abgerufen werden.



Unser Auftrag: Früherkennung ausgestalten

Der GBA bewertet auch Früherkennungsuntersuchungen auf ihren Nutzen, ihre Notwendigkeit und ihre Wirtschaftlichkeit. Hierbei müssen neben der Bewertung der einzusetzenden Untersuchungsmethode weitere Abwägungen getroffen werden. Denn bei der Früherkennung wird beschwerdefreien Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen flächendeckend eine medizinische Untersuchung angeboten. Dieser Aufwand muss in einem vernünftigen Verhältnis zum Nutzen stehen, den die tatsächlich Erkrankten davon haben, dass ihre Krankheit früh erkannt und behandelt wird.

So hat der GBA etwa zu prüfen, ob eine Krankheit mit einer Früherkennungsmaßnahme eindeutig und zielsicher erkannt werden kann. Und er muss wissen, ob dafür gute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Sind gute Therapien verfügbar, untersucht der GBA, ob deren Behandlungserfolg wirklich davon abhängt, wie früh die Krankheit entdeckt wird. Besteht hier ein Zusammenhang, sieht sich der GBA die Testverfahren zur Früherkennung genau an. Eine gute Früherkennungsuntersuchung muss Kranke zuverlässig erkennen, sollte aber auch keinen falschen Alarm auslösen. Zudem darf sie für die Untersuchten nicht gefährlich oder schädlich sein.

Viele Früherkennungsuntersuchungen haben das Bewertungsraster des GBA erfolgreich durchlaufen. Heute gibt es sie unter anderem zu Hautkrebs, Lungenkrebs, Hepatitis B und C, Chlamydienbefall oder Schwangerschaftsdiabetes. Organisierte Screenings mit flächendeckenden Einladungen werden zur Früherkennung von Darmkrebs, Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs angeboten. Zudem sorgt der GBA dafür, dass Hörstörungen, Herzfehler, Mukoviszidose oder spinale Muskelatrophie schon bei Neugeborenen entdeckt und früh behandelt werden können.



Verordnete Leistungen

Langfristige Heilmittelversorgung

Huyen Pham Minh (32) wird diesen Tag nie vergessen. Eine winzige Unachtsamkeit und nichts war wie zuvor. Sie hatten für das Tet-Fest⁶ zu viert in der Küche Essen zubereitet. Als jemand neben ihr stolperte, stieß er den riesigen Topf mit siedendem Fett vom Herd. Fünf Liter Frittieröl ergossen sich über ihr Handgelenk, ihre Hose, ihre Schuhe. Am schlimmsten traf es ihre Hand mit Verbrennungen dritten Grades. Wochen auf einer Spezialstation für Brandverletzungen, mehrere Operationen und eine Reha liegen hinter ihr. Mittlerweile sind die Wunden verschlossen, doch die Haut ist narbig, verdreht und neigt dazu, sich zusammenzuziehen. Huyen spürt kaum etwas in den Fingern und kann noch immer nicht richtig greifen. Mehrmals pro Woche ist sie jetzt bei der Ergo- und Physiotherapie. Durch gezielte Greif- und Alltagsübungen soll ihre Hand wieder beweglich werden. Hinzu kommen Massagen gegen die Narbenbildung, Lymphdrainage und manuelle Therapie. Huyen Pham Minh weiß, es liegt noch ein langer Weg vor ihr.

⁶ Vietnamesisches Neujahrsfest



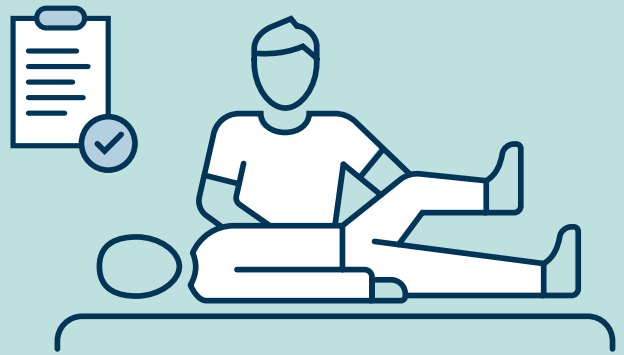


Das macht hier der GBA

Huyen Pham Minh wird lange Physio- und Ergotherapie brauchen, damit ihre Hand wieder beweglicher wird. Der GBA hat dies unkompliziert ermöglicht: Seit März 2021 wird bei Verbrennungen und Verätzungen dritten Grades ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt. Patienten wie Huyen Pham Minh haben damit ohne Vorprüfungen Anspruch auf eine kontinuierliche Heilmittelversorgung. Ihre behandelnde Ärztin kann die notwendigen Heilmittel jeweils für zwölf Wochen ausstellen.

Heilmittel sind medizinische Dienstleistungen wie Physiotherapie, Schlucktherapie oder Ergotherapie und werden durch ausgebildete Therapeutinnen und Therapeuten erbracht. Nur mit einer Verordnung sind sie eine Krankenkassenleistung. In der Regel ist eine Heilmitteltherapie über Wochen oder Monate erforderlich; manchmal aber auch sehr viel länger. Dann kann ein „langfristiger Heilmittelbedarf“⁷ bestehen. 2016 legte der GBA eine Liste von Diagnosen fest, auf die das zutrifft, weil sie mit schweren Schädigungen verbunden sind. Seitdem hat er diese Liste mehrfach erweitert.

⁷ Auf den Internetseiten des GBA gibt es als weiterführende Information eine
 ➤ **Patienteninformation** zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs.



Unser Auftrag: **Leistungskatalog aktualisieren**

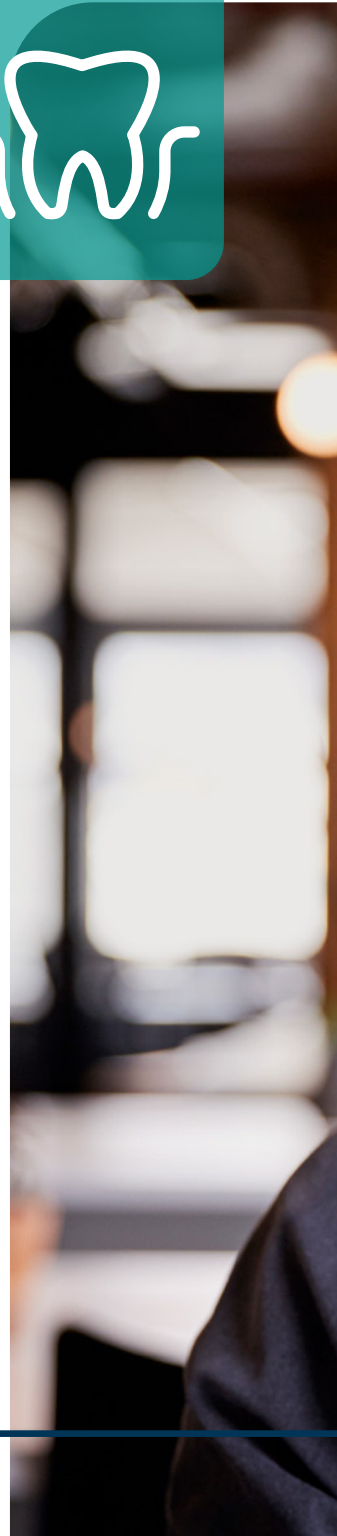
Der GBA legt fest, welche Heilmittel als Krankenkassenleistungen verordnet werden können und was dabei zu beachten ist. In Richtlinien bestimmt er die Voraussetzungen, unter denen niedergelassene (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Heilmittel verschreiben können. Dort ist auch festgelegt, welche Heilmittel bei welchen Erkrankungen in welcher Menge und Frequenz verordnungsfähig sind. Dabei sind auch Kombinationen verschiedener Heilmittel möglich. Bei schweren Brandverletzungen kommen zum Beispiel spezielle Maßnahmen der Ergotherapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie infrage.

Mit den in den Heilmittel-Richtlinien genannten Behandlungsmengen kann ein Therapieziel üblicherweise erreicht werden. Weitere Verordnungen sind mit einer entsprechenden medizinischen Begründung möglich.

Zahnärztliche Behandlung Parodontitistherapie



Markus Roth (42) sperrt geduldig den Mund auf. Um sich abzulenken, hat er sich in das Studium der Stuckverzierungen an der Decke über dem Zahnarztstuhl versenkt. Er ist froh, dass es endlich losgeht. Kürzlich hat sein Zahnarzt ihm mit deutlichen Worten klargemacht, dass Handlungsbedarf besteht. Tiefe Zahntaschen haben sich gebildet, in letzter Zeit hatte er dadurch immer wieder einmal unangenehme Entzündungen. Höchste Zeit für eine Parodontitisbehandlung. In zwei Sitzungen werden bei Markus Roth nun Zähne und Zahnhälse gründlich von Belägen befreit. Dies geschieht unter einer leichten lokalen Betäubung. Heute ist der erste Behandlungstermin, in drei Wochen kommt die andere Seite dran. Ausführlich wurde ihm zuvor erklärt, wie seine künftige Mundpflege aussehen sollte. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Reinigung der Zahnzwischenräume mit kleinen Bürsten; etwas, das er bislang in der Tat noch überhaupt nicht gemacht hat. Die Mühe lohnt sich, hat ihm sein Zahnarzt versprochen. Wenn er gut mitarbeitet, wird er seine Zähne noch lange behalten.







Das macht hier der GBA

Parodontitis ist eine durch Bakterien hervorgerufene Zahnfleischentzündung. Ohne Behandlung breitet sie sich aus, schädigt Zähne, Wurzeln und Kieferknochen und kann schließlich zu Zahnverlust führen. Dass Markus Roth dies erspart bleibt und Zahnfleischentzündungen jetzt von Grund auf behandelt werden können, hat der GBA ermöglicht. Im Dezember 2020 machte er die systematische Parodontistherapie zu einer neuen Krankenkassenleistung.

Eine Parodontitisbehandlung kombiniert Diagnostik, Aufklärung und umfangreiche Pflegeanleitungen mit einer antiinfektiösen Therapie. Bei dieser werden die oberhalb und unterhalb des Zahnfleischsaums liegenden Zahnflächen von Belägen gereinigt. In schweren Fällen kann auch chirurgisch behandelt oder eine begleitende Antibiotikatherapie eingesetzt werden. Um den Behandlungserfolg zu sichern, schließen sich über zwei Jahre regelmäßige Nachsorgetermine an. Sie bestehen aus einer Kontrolluntersuchung, einer Zahnreinigung und weiteren Pflegehinweisen.



Unser Auftrag: Zahnmedizinische Leistungen definieren

Zahnerhalt so lange wie möglich, das ist das wichtigste Ziel bei der zahnmedizinischen Versorgung für GKV-Versicherte. Zum Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören deshalb regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen und viel Aufklärungsarbeit. Und auch die Behandlung von Zahnerkrankungen gehört dazu; immer mit dem Ziel, die Zähne zu „retten“. Der GBA legt fest, wann und in welchem Umfang die Krankenkassen zum Beispiel für Zahnfüllungen, Schmerztherapie, kieferorthopädische oder Wurzelkanalbehandlungen aufkommen. Im Blick hat er dabei eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung. Dazu beschreibt er die Standards, die Zahnärztinnen und -ärzte bei der Ausführung dieser Behandlungen beachten müssen.

Zahnersatz – also Kronen, Brücken und Prothesen oder Implantate – müssen Patientinnen und Patienten in der Regel anteilig selbst bezahlen. Die Krankenkassen übernehmen hier nur einen Kostenanteil, den sogenannten Festzuschuss. Dessen Höhe wird jährlich neu festgelegt⁸ und vom GBA veröffentlicht. Dafür beschreibt er zu den verschiedenen Befunden, welche Art der Ausführung dabei als Regelversorgung gilt. Die Differenz zwischen dem Kostenplan der Zahnarztpraxis und dem Festzuschuss der Krankenkasse müssen Patientinnen und Patienten dann selbst tragen (oder sich dafür zusätzlich versichern). Die Beschreibung der Regelversorgung passt der GBA kontinuierlich an den medizinischen Fortschritt an.

⁸ Die Verhandlungen über die Höhe der Festzuschüsse führen der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (zahnärztliche Leistungen) bzw. der GKV-Spitzenverband und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (zahntechnische Leistungen).



Entwicklung von Qualitätsstandards

Kinderherzoperationen

Paul (8) ist der Jüngste in der großen Familie Krüger und wirkt völlig gesund. Das ist er aber leider nicht; Paul hat einen angeborenen Herzfehler. Seine Krankheit hat das Leben der Krügers völlig umgekrempelt, denn er ist körperlich nicht sehr belastbar, oft müde und isst schlecht. Zudem muss er regelmäßig Medikamente nehmen und oft zum Kinderkardiologen und ins Krankenhaus. Doch in vier Tagen wird vielleicht alles anders, denn dann wird Paul operiert. Seine Mutter Laura packt gerade die Koffer für sich und ihren Mann und weist ihre Schwester ein, die bei Krügers in den nächsten zwei Wochen als Ersatzmutter einspringt. Das Krankenhaus, in dem die Operation stattfinden wird, ist 200 Kilometer entfernt und hat große Abteilungen für Herzchirurgie und Kinderkardiologie. Die Krügers werden ihren Sohn begleiten und, wann immer es geht, bei ihm sein. Laura Krüger versucht, sich nicht anmerken zu lassen, wie besorgt sie ist.

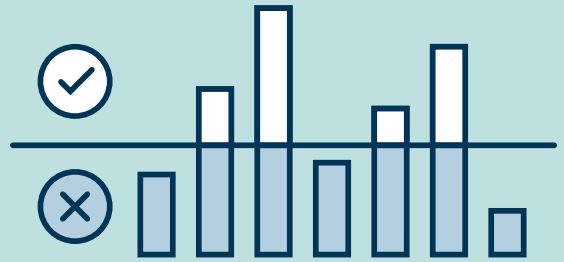




Das macht hier der GBA

Pauls Eltern können davon ausgehen, dass die Klinik, in der ihr Sohn nächste Woche operiert wird, nach verbindlichen Qualitätsstandards arbeitet und über die entsprechende Ausstattung verfügt. Der GBA gibt seit Februar 2010 mit seiner „Richtlinie zur Kinderherzchirurgie“ die Anforderungen für die Erbringung der anspruchsvollen kinderherzchirurgischen Eingriffe einheitlich vor. Die Vorgaben wurden seither mehrfach aktualisiert; zuletzt im Januar 2023.

Seit es die Richtlinie gibt, dürfen bestimmte Eingriffe bei herzkranken Kindern und Jugendlichen nur noch in solchen Krankenhäusern bzw. Herzzentren durchgeführt werden, die über eine bestimmte Ausstattung verfügen. Außerdem müssen die Ärztinnen, Ärzte und das Pflegepersonal in diesen Einrichtungen die festgelegten fachlichen Qualifikationen, Weiterbildungen und Erfahrungen mitbringen. Diese Kriterien können großen Einfluss auf den Operations- und Behandlungserfolg sowie die Lebensqualität der operierten Kinder haben. Die betreffenden Kliniken müssen jedes Jahr gegenüber den Krankenkassen nachweisen, dass sie die vorgegebenen Qualitätskriterien tatsächlich erfüllen.



Unser Auftrag: Qualitätsstandards festlegen

Es gehört zu den Aufgaben des GBA, Qualitätsanforderungen für bestimmte medizinische Eingriffe festzulegen; zum Beispiel für außergewöhnlich schwierige Operationen. Dabei sucht er nach Kriterien, die Einfluss auf deren Qualität haben. Hierzu berücksichtigt der GBA vorliegende Forschungsergebnisse und holt Expertenwissen ein. Der GBA gibt vor, wie viele Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte mit welchen Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen erforderlich sind. Dabei berücksichtigt er auch die Qualifikationen des Personals auf den jeweiligen Intensivstationen. Um bei unserem Beispiel Kinderherzchirurgie zu bleiben: Mehr als die Hälfte aller Operationen angeborener Herzfehler werden bei Kleinkindern unter einem Jahr durchgeführt. Auf kinderkardiologischen Intensivstationen muss deshalb in jeder Schicht ein bestimmter Teil der Intensivpflegekräfte eine Weiterbildung speziell in der Kinderintensivpflege haben oder eine entsprechende Berufserfahrung nachweisen.

Doch nicht nur die Strukturen, auch die Abläufe in einem Krankenhaus sowie dessen räumliche und technische Ausstattung können sich auf den Operations- und Behandlungserfolg auswirken. Ein Beispiel dafür ist ein gutes Entlassmanagement. So müssen Kliniken seit 2019 nach Kinderherzoperationen die kinderkardiologische Weiterbehandlung nach der Entlassung vorbereiten. Dazu gehört etwa, einen Kontakt zu einer spezialisierten Praxis herzustellen, Eltern dabei zu unterstützen, dort für ihr Kind schnell einen Termin zu bekommen, und in einem Entlassbrief gezielte Empfehlungen zur Weiterbehandlung zu geben.

Mindestmengen festlegen

Sicherheit für die Kleinsten

993 Gramm, sie ist leicht wie eine Feder. **Darja Langhof (26)** liegt auf dem Bett in der Neugeborenen-Intensivstation und hat ihre 3 Wochen alte Tochter Sofia auf dem Bauch. Die Zeit verschwimmt, es ist warm. Gleich wird ihr Mann Tom (29) sie ablösen. Mit einem Taschenspiegel schaut Darja Langhof ihre Tochter an. Sofia sieht aus wie aus einer anderen Welt: Die Mütze ist viel zu groß, die kleinen Fäustchen kaum größer als die einer Puppe. Ein winziger Schlauch leitet über die Nase Sauerstoff in ihre Lunge. Darja Langhof spürt die kurzen, schnellen Atemzüge ihrer Tochter. Überall Schläuche und Monitore, es surrt und piepst leise. Mit einer Zervixinsuffizienz, einer frühzeitigen Verkürzung und Öffnung des Muttermundes, kam sie in der 22. Schwangerschaftswoche auf Rat ihrer Frauenärztin gezielt in dieses Perinatalzentrum. Hier konnten sie die Geburt am Ende noch eine Woche hinauszögern. Wertvolle Zeit für ihre Tochter, deren Organe noch besser ausreifen konnten.







Das macht hier der GBA

Darja und Tom Langhof mussten länger fahren, um die Geburtsklinik zu erreichen. Doch das hat sich gelohnt. Sie und ihre kleine Tochter profitieren nun von viel Erfahrung bei der Versorgung von Frühgeborenen mit weniger als 1.250 Gramm Geburtsgewicht. Diese Sicherheit für die Kleinsten gründet auch auf der Arbeit des GBA. Der hat für die Versorgung stark untergewichtiger Frühchen eine sogenannte Mindestmenge festgelegt. Nur Kliniken, die pro Jahr mindestens 25 dieser besonders unreif geborenen Kinder auf die Welt begleiten und versorgen, dürfen sie auch weiterhin leisten.

Im Jahr 2010 hat der GBA diese Mindestmenge erstmals eingeführt. 2020 wurde sie von zuvor 14 schrittweise auf heute 25 angehoben. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass die Erfahrung des gesamten Teams dann deutlich bessere Ergebnisse bringt und mehr Frühchen überleben.

Manchmal dauert die Fahrt zu einer Klinik mit einem Perinatalzentrum Level 1, das die Mindestmenge erreicht, länger. Doch die Chance, dass das Kind überlebt und durch die große Erfahrung des Teams auch ohne dauerhafte Spätschäden über die kritischen ersten Wochen kommt, wiegt diesen Umstand auf.



Unser Auftrag: Mindestmengen begründet festlegen

Hinter der gesetzgeberischen Idee der Mindestmengen steht das Ziel, besonders schwierige Behandlungen aus Qualitätsgründen nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, die damit ausreichend Erfahrung haben. Das sichert einen hohen Behandlungsstandard: Mehr Patientinnen und Patienten überleben, Komplikationen und Folgeeingriffe reduzieren sich.

Dabei geht der GBA mehrstufig vor: Er sucht gezielt nach hochkomplexen planbaren Leistungen, die selten sind und deshalb besondere Expertise benötigen. Notfalloperationen scheiden damit von vornherein aus. Im nächsten Schritt prüft der GBA, ob bei den gefundenen planbaren Behandlungen ein wissenschaftlich belegter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Durchführung und der Qualität besteht. Für diese Leistungen legt er konkrete Mindestmengen je Ärztin und Arzt und/oder Klinikstandort fest. Dabei berücksichtigt er auch, ob die Fahrzeiten zur Einrichtung am Ende noch vertretbar sind.

Regelmäßig kontrolliert der GBA, ob die Höhe seiner Mindestmengen wissenschaftlich noch aktuell sind. Und auch die Entwicklung der Kliniklandschaft spielt hier eine Rolle. Werden die Wege zu weit (mehr als etwa 25 Minuten extra sollten es nicht sein), justiert der GBA die Mindestmengen etwas nach unten – soweit die Qualität das zulässt. Dann können mehr Krankenhäuser die Leistung anbieten und die Wege für Patientinnen und Patienten werden kürzer. 13 Mindestmengen hat der GBA inzwischen festgelegt; zum Beispiel auch für Stammzell-, Herz- oder Lebertransplantationen oder OPs an der Speiseröhre.



Qualitätsmessung

Sepsis schnell erkennen

Michael Holst (53) hat sich zurückgekämpft. Und doch ist nichts mehr wie zuvor. Vier seiner Finger wurden teilamputiert, er kann sich nicht mehr lange konzentrieren, seinen früheren Job musste er aufgeben. Folgen einer überstandenen Sepsis und von vier Wochen künstlichem Koma. Und das bei ihm, der immer so belastbar war. Sein altes Leben endete vor anderthalb Jahren. Nach einem hartnäckigen fiebrigen Infekt wird Michael Holst nicht mehr richtig gesund. „Komm, stell dich nicht so an“, sagt er zu sich selbst und schleppt sich nach Ende seiner Krankschreibung wieder ins Büro. Doch die bleierne Schwere bleibt und das Fieber kommt zurück. In der Nacht fühlt er sich so krank wie noch nie. Auf dem Weg ins Bad bricht er zusammen. Septischer Schock und Multiorganversagen, wie er später erfährt. Michael Holst kommt sofort auf die Intensivstation und wird in ein künstliches Koma versetzt. Über vier Wochen wird er mit hochdosierten Antibiotika behandelt. Leider sind durch die Minderdurchblutung vier seiner Fingerspitzen nicht mehr zu retten. Seit er wach ist, ist er ein Anderer. Und doch hatte er Glück.





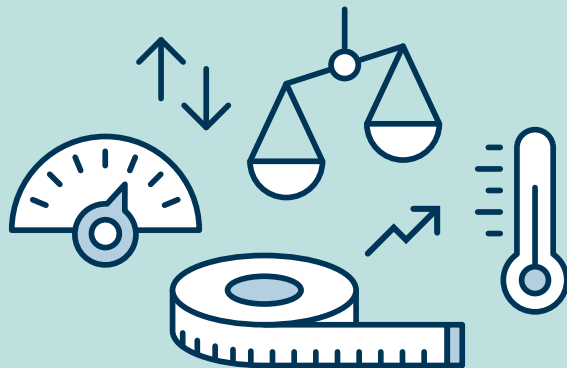
Das macht hier der GBA

Was Michael Holst passiert ist, geschieht in Deutschland pro Jahr rund 500 000⁹ Menschen: Sie haben sich eine Sepsis (Blutvergiftung) zugezogen. Diese fehlregulierte Immunreaktion kann zu schweren Gewebeschäden führen. Auslöser können Bakterien, aber auch Pilze oder Viren sein. Viele Sepsisfälle sind schwer zu erkennen. Denn oft sind die ersten Symptome wie ein starkes Schwächegefühl und Fieber so unspezifisch, dass nicht gleich an eine Sepsis gedacht wird. Das hat fatale Folgen: Jährlich sterben bis zu 200 000¹⁰ Menschen daran. Je früher eine Sepsis erkannt wird, umso größer sind die Überlebenschancen.

Damit Sepsis in Kliniken künftig noch schneller erkannt wird, hat der GBA ein neues Qualitätssicherungsverfahren entwickelt. Ab 2026 wird es in allen deutschen Krankenhäusern angewendet. Es hilft, Abläufe so zu gestalten, dass bei unspezifischen Symptomen sofort die richtige Diagnostik ausgelöst und schnell behandelt wird. 14 Indikatoren zeigen den Kliniken jährlich an, wie sie dabei abschneiden.

⁹ Quelle: Sepsis-Stiftung, Stand 8/2025

¹⁰ Quelle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), ↗ www.healthdata.org, Werte von 2021



Unser Auftrag: **Qualität messen**

Der GBA hat im Bereich Qualitätssicherung sehr umfangreiche Aufgaben. Unter anderem sorgt er dafür, dass Kliniken anhand von Kennzahlen sehen können, wie gut sie bestimmte Behandlungen durchführen und mit welchem Ergebnis sie das tun.

Dafür entwickelt der GBA Messverfahren, die eine vergleichende Darstellung der erbrachten Behandlungsqualität möglich machen. Kliniken sind in Deutschland gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Behandlungs- und Ergebnisqualität regelmäßig zu erfassen und sich einem bundesweiten Vergleich zu stellen. Falls sich Auffälligkeiten zeigen, klären speziell dafür eingerichtete Expertengremien ab, ob es sich nur um statistische „Ausreißer“ handelt oder tatsächlich ein Qualitätsproblem vorliegt. Ist das der Fall, wird in gezielten Fachgesprächen nach den Ursachen und Verbesserungsmöglichkeiten gesucht.

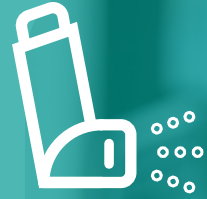
Der GBA legt fest, was im Einzelnen von den Kliniken dokumentiert werden muss und in welcher Weise die Daten bundesweit verarbeitet, verglichen, bewertet und veröffentlicht werden. Seit längerem werden auch Folgebehandlungen in der gleichen oder in anderen Einrichtungen miterfasst. Behandlungseffekte oder Probleme, die erst nach einer gewissen Zeit auftreten, werden so mitberücksichtigt. Das aufwändige Verfahren unterstützt Krankenhäuser dabei, ihre Patientinnen und Patienten so gut wie möglich zu behandeln und dabei immer besser zu werden. Mit dem gleichen Ziel setzt der GBA auch Qualitätsvorgaben für ärztliche oder zahnärztliche Vertragspraxen fest.

Strukturierte Behandlung

Hilfe für

Asthmapatienten

Die Studentin **Tina Glaumann (23)** ist noch neu in der Stadt – und „krank sein“ passt ihr jetzt eigentlich gar nicht. Doch ihre Gräserallergie hat sich am neuen Wohnort verschlimmert. Ihre Antihistamin-Tabletten helfen plötzlich nicht mehr richtig und bei einigen ihrer allergischen Attacken zeigt sich neuerdings eine seltsame Atemnot, die von einem trockenen Husten begleitet wird. Sie hat den Verdacht, dass es Asthma sein könnte. Vorige Woche hatte sie bei einem Anfall das Gefühl, fast zu ersticken. Der Allgemeinmediziner und Allergologe, den sie heute besorgt aufgesucht hat, hat sie gerade gründlich untersucht und einen Lungenfunktionstest durchgeführt. Nach einem Blick auf den Auswertungsbogen folgt noch ein mehrstufiger Allergietest. Dann steht die Diagnose fest: Asthma bronchiale. Der Arzt rät Tina Glaumann zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm. Sie werde dann systematisch und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit weiteren Fachärztinnen oder Fachärzten versorgt.







Das macht hier der GBA

Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten können sich bei ihrer Krankenkasse in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben lassen. Damit kann ihre Behandlung über Einrichtungsgrenzen hinweg koordiniert und sichergestellt werden, dass auf der Grundlage wissenschaftlich belegter Erkenntnisse therapiert wird. Komplikationen und Folgeschäden soll so vorgebeugt und Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Diese strukturierten Behandlungsprogramme, man nennt sie auch Disease-Management-Programme (DMP), entwickelt der GBA.

Das DMP Asthma gibt es seit dem Jahr 2005. Es gibt vor, welche Schritte Ärztinnen und Ärzte zur Abklärung der Diagnose durchführen müssen und bei welchen Ergebnissen die Krankheit tatsächlich vorliegt. Patientinnen und Patienten erhalten eine Schulung zum Umgang mit ihrer Krankheit. Für die Arzneimitteltherapie sind im DMP Wirkstoffgruppen vorgegeben, die in einem individuellen Stufenschema zum Einsatz kommen. Außerdem legt das DMP die erforderliche Qualifikation der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten fest.



Unser Auftrag: **DMP entwickeln**

Im Auftrag des Gesetzgebers benennt der GBA Krankheiten, die sich für ein DMP eignen, und legt dann die Bedingungen für einen strukturierten Behandlungsablauf fest. Bei der Entwicklung der DMP stützt sich der GBA auf alle evidenzbasierten Behandlungsleitlinien, die es zu den betreffenden Krankheiten bereits gibt. Deren Empfehlungen wertet er nach zuvor festgelegten Kategorien aus. Dabei muss er sorgsam vergleichen, auf welche wissenschaftlichen Quellen sich die in der Regel recht zahlreichen Behandlungsleitlinien stützen. Die Empfehlungen, die der GBA aus den vorhandenen Leitlinien herausfiltert, müssen auf der im Vergleich größtmöglich belastbaren wissenschaftlichen Grundlage stehen und fachlich bereits so breit wie möglich abgestimmt sein.

Mittlerweile hat der GBA für zwölf chronische Krankheitsbilder DMP entwickelt: für Adipositas, Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, für koronare Herzkrankheiten und chronische Herzinsuffizienz, für Brustkrebs, Depressionen, chronischen Rückenschmerz, Osteoporose und rheumatoide Arthritis. Regelmäßig werden sie an den neuesten wissenschaftlichen Forschungsstand angepasst.

Der Innovationsfonds

Ideen für eine bessere Versorgung

Das Gesundheitssystem in Deutschland gilt als eines der besten der Welt. Und dennoch bestehen auch hierzulande Versorgungslücken. Weite Wege, unübersichtliche Strukturen, Fehlanreize oder nicht sofort verfügbares Expertenwissen können die Ursache sein. Um solche Probleme zu erkennen und dafür gute Lösungen zu finden, hat der Gesetzgeber 2016 den Innovationsfonds eingeführt. Er fördert neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte, die helfen, das Gesundheitswesen besser zu machen.

Die Vergabe der Mittel aus diesem Fonds steuert der beim GBA angesiedelte Innovationsausschuss. Über Ausschreibungen (Förderbekanntmachungen) entscheidet er, welche Themen und Projekte für eine bestimmte Zeit lang gefördert werden. Am Ende prüft er anhand der wissenschaftlichen Auswertungen folgende Fragen: Bringen die Ergebnisse der Projekte den Patientinnen und Patienten messbare Verbesserungen? Lassen sie sich in der Breite gut einsetzen? Ist dies der Fall, empfiehlt sie der Innovationsausschuss für die Überführung in die Regelversorgung. Bis Dezember 2025 hat der Innovationsausschuss 269 Projekte zu neuen Versorgungsformen und 534 zur Versorgungsforschung unterstützt. Zahlreiche Ergebnisse hat er bereits für die Regelversorgung oder zur anderweitigen Nutzung empfohlen.

Hier zwei Beispiele:



Kinderarztpraxen und Frühe Hilfen

Damit Familien mit Kleinkindern aus psychosozial belastenden Situationen schneller Hilfe bekommen, gibt es das Interventionssystem P.A.T.H.: Kinderärztinnen und -ärzte werden geschult, Alarmsignale zuverlässig zu erkennen und sich mit Kinderhilfeeinrichtungen zu vernetzen. Kernstück von P.A.T.H. ist eine ärztliche Fortbildung zur Gesprächsführung mit den Eltern. Die Ergebnisse zeigen: Die Intervention verbessert die Informiertheit über Angebote der Frühen Hilfe bei den Familien. Und belastete Familien werden häufiger von den Behandelnden identifiziert. Die Begleitforschung zur Wirksamkeit von P.A.T.H. hat der Innovationsausschuss gefördert und die Ergebnisse ärztlichen Fachgesellschaften empfohlen.



Dialyse-Trainings- Therapie

Rund 80 000 Menschen in Deutschland sind aufgrund eines chronischen Nierenversagens auf eine regelmäßige Blutreinigung (Hämodialyse) angewiesen. Das Projekt DiaTT erprobte eine Sporttherapie, die während der Dialyse stattfand: Im Sitzen oder Liegen trainierten die Patientinnen und Patienten unter Anleitung ihre Ausdauer und Kraft. Die Ergebnisse zeigen: Mobilität und Lebensqualität verbessern sich stark und die Anzahl der Klinikeinweisungen geht zurück. Der Innovationsausschuss hat das Projekt gefördert. Er empfahl den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen zu prüfen, ob Ansätze von DiaTT in ihren Verträgen berücksichtigt werden können.



➔ www.innovationsfonds.g-ba.de

Hier sind alle Ergebnisse der Projekte und die Entscheidungen des Innovationsausschusses veröffentlicht.



Der GBA – Arbeitsweise und Struktur

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das höchste Beschlussgremium im deutschen Gesundheitswesen. In ihm arbeiten Vertreterinnen und Vertreter von Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen zusammen. Sein zentrales Entscheidungsgremium ist das ↗ *Plenum*, das mit 13 stimmberechtigten Mitgliedern besetzt ist.

Arbeitsweise



Bei all seinen Entscheidungen stützt sich der GBA auf den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Dabei ist er den Standards der evidenzbasierten Medizin verpflichtet. Alle zu einer präzisen Fragestellung weltweit verfügbaren Studien werden dabei systematisch recherchiert, nach ihrer Aussagekraft gewichtet und ausgewertet.

Zentrales Prüfkriterium für den GBA ist immer der Patientennutzen. Gemeint sind damit Ergebnisse wie Heilung, Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden, Verbesserung der Lebensqualität, Vermeidung von Todesfällen oder Verringerung von Nebenwirkungen. Der GBA vergleicht die Ergebnisse hierzu mit denen schon vorhandener therapeutischer Alternativen. Zur Ermittlung des Forschungsstands wird der GBA von zwei unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen unterstützt: dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln (www.iqwig.de) und – in Fragen der Qualitätssicherung – dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in Berlin (www.iqtig.org). Beide Institute werden von unabhängigen Stiftungen getragen, die der GBA nach den Vorgaben des Gesetzgebers gegründet hat.

Vor seinen Entscheidungen führt der GBA umfangreiche Stellungnahmeverfahren durch und bezieht auf diese Weise vielfältig externen Sachverstand mit ein. Im Abwägungs- und Entscheidungsprozess nimmt der GBA zudem die gesamte Versorgungssituation in den Blick; beispielsweise die Schwere einer Krankheit und verfügbare Therapiealternativen. Alle Schritte, mit denen der GBA zu seinen Beschlüssen kommt, sind in seiner Geschäfts- und Verfahrensordnung genau festgelegt.

Die Rechtsaufsicht über den GBA hat das für Gesundheit zuständige Bundesministerium. Es überprüft, ob die GBA-Beschlüsse die gesetzlichen Vorgaben berücksichtigen und die Verfahrensordnung eingehalten wurde. Viele Beschlüsse

des GBA müssen vom Ministerium geprüft und im Bundesanzeiger veröffentlicht werden, bevor sie in Kraft treten können.

Alle Entscheidungen des Plenums werden in insgesamt zehn Unterausschüssen vorbereitet. Wie das Plenum sind auch sie im gleichen Verhältnis mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Leistungserbringer und der Patientenvertretung besetzt. Den Vorsitz hat jeweils eines der unparteiischen Mitglieder. Zur Bearbeitung spezieller Fragestellungen werden von den Unterausschüssen zusätzlich mit Fachexpertinnen und -experten besetzte Arbeitsgruppen (AG) eingerichtet.

Im Plenum und in den Unterausschüssen können Vertreterinnen und Vertreter folgender Organisationen beratend an Sitzungen teilnehmen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist: der Bundesärztekammer, des Verbands der privaten Krankenversicherung, des Deutschen Pflegerats, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundeszahnärztekammer und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder.

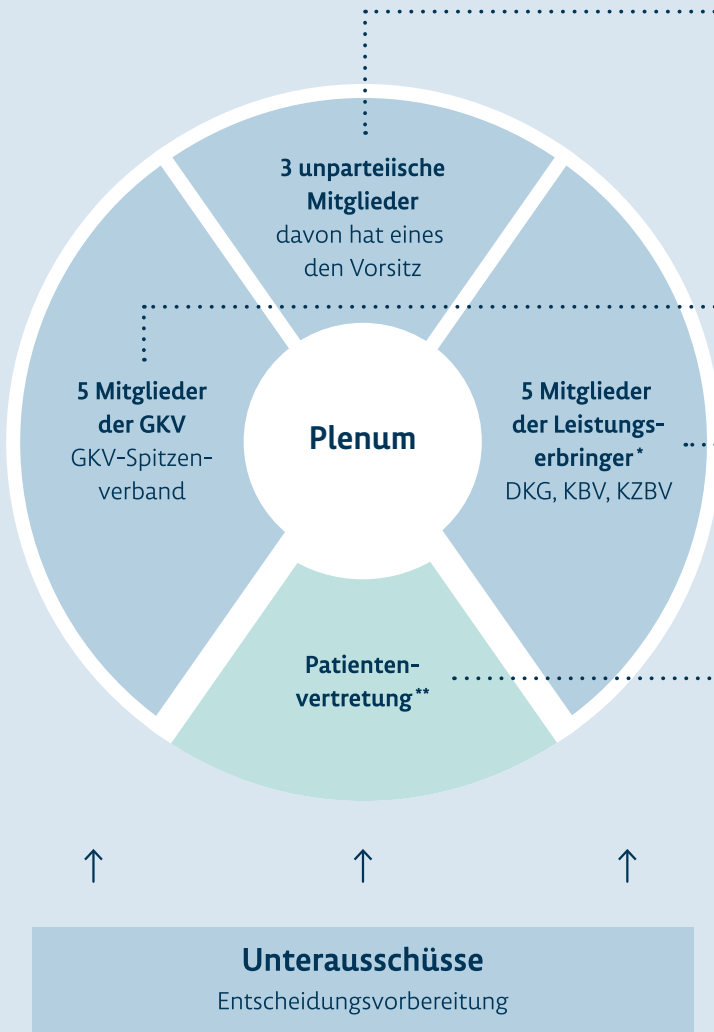
Finanzierung



Der GBA wird über einen sogenannten **Systemzuschlag** finanziert, der jährlich neu festgelegt wird. Das ist ein konkreter Geldbetrag, der für jeden abzurechnenden Behandlungsfall im Krankenhaus und in der ambulanten vertragsärztlichen sowie vertragszahnärztlichen Versorgung erhoben wird. Festgelegt hat dies der Gesetzgeber in § 91 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 139c SGB V.

Im Jahr 2026 betrug der Systemzuschlag 3,12 Euro pro Krankenhausfall und 8,0499297 Cent pro Fall in einer Vertragsarzt- oder Vertragszahnarztpraxis. Mit dem Systemzuschlag deckt der GBA seinen Haushaltsbedarf sowie den des IQWiG und des IQTIG ab. Der GBA-Haushalt enthält auch die Kosten für die Beauftragung weiterer wissenschaftlicher Institute.

Das Plenum des GBA



* Ggf. anteilige Stimmübertragung auf betroffene Organisation nach § 14a Abs. 3 GO

** Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

Sitzverteilung im Plenum

Unparteiische Mitglieder

Eines der unparteiischen Mitglieder ist zur/zum Vorsitzenden des GBA berufen, leitet die Plenumsitzungen und bereitet sie gemeinsam mit den beiden anderen Unparteiischen vor.

GKV-Spitzenverband

Vertretung aller gesetzlichen Krankenkassen

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Interessenvertretung der Krankenhäuser

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Vertretung der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Vertretung aller mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnenden niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte

Die Patientenvertretung

An allen Sitzungen des Plenums, der Unterausschüsse und auch der Arbeitsgruppen im GBA sind Patientenvertreterinnen und -vertreter beteiligt. Sie haben ein Antrags- und Mitberatungs-, jedoch kein Stimmrecht.

Benennung der Mitglieder

Alle Plenumsmitglieder sind – bis auf die drei Unparteiischen – ehrenamtlich im GBA tätig. Sie werden von ihren Organisationen benannt. Die Positionen der unparteiischen Mitglieder werden einvernehmlich von den Trägerorganisationen des GBA (GKV-Spitzenverband, DKG, KBV, KZBV) und mit Zustimmung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags besetzt. Die drei unparteiischen Mitglieder sind während ihrer sechsjährigen Amtszeit hauptamtlich für den GBA tätig.



Plenumssitzungen sind öffentlich

Das Plenum tagt in der Regel an jedem ersten und dritten Donnerstag im Monat. Die Sitzungen sind seit 2020 als Livestream zu verfolgen. In der Mediathek des GBA können die Videomitschnitte auch nachträglich abgerufen werden. Zu den Sitzungen können sich aber auch interessierte Bürgerinnen und Bürger als Gäste anmelden. Nähere Informationen zu den **➤ öffentlichen Sitzungen** sind auf der GBA-Website (www.g-ba.de) zu finden.



Die Entscheidungen finden Sie online

➤ **Beschlüsse des Plenums** werden auf der Website des GBA veröffentlicht. Die umfangreiche Datenbank dazu wird tagesaktuell gepflegt. Über einen **➤ E-Mail-Infodienst** ist es möglich, kostenlos alle in Kraft getretenen Beschlüsse und andere Informationen des GBA tagesaktuell online zu beziehen.



Der GBA in vier Minuten

Auf der Website des GBA ist ein kurzer **➤ Erklärfilm auf Deutsch** und **➤ Englisch** abrufbar. Aufgaben und Arbeitsweise des GBA werden anhand von drei Beispielen – aus den Bereichen Arzneimittel, ärztliche Untersuchungsmethoden und Qualitätsstandards in Krankenhäusern – veranschaulicht.

Der GBA auf Social Media

Folgen Sie uns gerne auf Social Media.



Die Geschäftsstelle in Berlin

Die Gremien des GBA werden bei ihrer Arbeit von der GBA-Geschäftsstelle in Berlin unterstützt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle bereiten die Sitzungen der GBA-Gremien vor und sorgen für einen reibungslosen und vorschriftsmäßigen Sitzungsablauf und rechtssichere Beschlussfassungen. Sie beraten die Gremien juristisch und methodisch, halten eine Fachbibliothek vor, organisieren Veranstaltungen und informieren die Öffentlichkeit. Eine eigene Stabsstelle unterstützt die Patientenvertretung bei der Wahrnehmung ihrer Beteiligungsrechte.



62

www.g-ba.de

Recherchetipps

- 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 GBA, zu Aufgaben, Finanzierung und seiner Geschäftsstelle finden Sie unter „Über den GBA“.
- 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 GBA 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 GBA. Die A-Z-Stichworte helfen, tiefer in die inhaltliche Arbeit des GBA 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 Auffinden 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 **GBA-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.

Impressum

Herausgeber

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt

Geschäftsführung
Dr. Christian Igel

Redaktion

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation
Sybille Golkowski, Lisa Hingst, Ann Marini, Christina Peger, Annette Steger

Korrektorat

wortvollendet, Marion Appelt, Berlin
Ulrike Reiner

Satz & Realisation

yellow too, Pasiek Horntrich GbR, Berlin

Bildnachweis

Umschlaginnenseite vorne: Svea Pietschmann; S. 2: iStock (von oben links nach unten rechts: Bim, olesiabilkei, Olena Bartienieva, KQconcepts, Dobrila Vignjevic, South_agency, PeopleImages, miniseries, Inside Creative House, FatCamera, LSOfphoto, AlenaPaulus, baona, Johnny Greig, monkeybusinessimages, yongyuan, jeffbergen, FG Trade, Miodrag Ignjatovic, stockimagesbank, Ridofranz, manonallard, FatCamera, martin-dm, Prostock-Studio); S. 4: shutterstock/Younes Stiller Kraske, iStock/AlexRaths; S. 5: iStock/yacobchuk, iStock/ronstik; S. 9: iStock/stockimagesbank ; S. 10: iStock/alvarez; S. 15: iStock/martin-dm; S. 16: iStock/Vladimir Vladimirov ; S. 19: iStock/Miodrag Ignjatovic; S. 20: iStock/Lord Henri Voton; S. 25: iStock/jeffbergen; S. 26: Adobe Stock/Andrey Zhernovoy; S. 29: iStock/baona; S. 30: shutterstock/photo4passion.at; S. 33: iStock/monkeybusinessimages; S. 34: iStock/CreVis2; S. 37: iStock/LSOfphoto; S. 38: iStock/spukkato; S. 41: iStock/manonallard ; S. 42: iStock/SerrNovik; S. 45: iStock/Olena Bartienieva; S. 46: iStock/sudok1; S. 49: iStock/Bim; S. 50: iStock/wutwhanfoto; S. 53 links: iStock/ProfessionalStudiomages, rechts: iStock/SARINYAPINNGAM; S. 61 links: Dirk Heckmann, S. 61 rechts: Svea Pietschmann, S. 61 unten: Svea Pietschmann; Umschlaginnenseite hinten: Dirk Heckmann

Berlin 8/2026





www.g-ba.de

