

**Bericht des unparteiischen Vorsitzenden des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß
§ 91 Abs. 11 i. V. m. § 91 Abs. 2 S. 13 SGB V über die
Einhaltung der Fristen bei Beratungsverfahren des G-BA
an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen
Bundestages**

2026

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1. Einleitung.....	6
2. Strukturen und Prozesse des G-BA.....	7
2.1 Gesetzliche Fristen für Beschlussfassungen.....	7
2.2 Beschlussfassungen durch das Plenum.....	7
2.3 Vorbereitung von Beschlüssen durch Unterausschüsse und Arbeitsgruppen.....	8
2.4 Ablauf und Zeitplan von Beratungsverfahren.....	10
3. Aufgaben und Beschlüsse der Unterausschüsse 2025.....	11
3.1 Unterausschuss Arzneimittel (UA AM).....	11
3.2 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV).....	12
3.3 Unterausschuss Bedarfsplanung (UA BPL).....	13
3.4 Unterausschuss Disease-Management-Programme (UA DMP).....	14
3.5 Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB).....	16
3.6 Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV).....	18
3.7 Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS).....	19
3.8 Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL).....	21
3.9 Unterausschuss Zahnärztliche Versorgung (UA ZÄ).....	21
3.10 Arbeitsgruppe Geschäftsordnung/Verfahrensordnung (AG GO/VerfO).....	22
4. Laufende Beratungsverfahren mit überschrittener Frist 2025.....	23
4.1 Verfahren mit überschrittener gesetzlicher Frist.....	23
4.2 Verfahren mit überschrittener Dreijahresfrist.....	25
5. Darstellung der Beschlüsse und Verfahren 2025.....	28
6. Fazit.....	31
Anhang.....	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Plenum und seine Unterausschüsse	9
Abbildung 2: Gesamtzahl aller Beschlüsse nach Unterausschuss	28
Abbildung 3: Gesamtverteilung aller bearbeiteten Verfahren im Berichtszeitraum	29
Abbildung 4: Bearbeitete Verfahren im Berichtszeitraum	30

Abkürzungsverzeichnis

ABK-RL	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus
AEG	Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
ATMP	Advanced Therapy Medicinal Products
BfDI	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
COPD	chronisch obstruktiver Lungenerkrankung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GO	Geschäftsordnung
HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHAG	Krankenhausreformanpassungsgesetz
KHMe-RL	Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes
Knie-TEP	Mindestmenge für Kniegelenk-Totalendoprothesen
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LVEF	linksventrikuläre Ejektionsfraktion
MVV-RL	Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QHKS-RL	Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen
QI	Qualitätsindikatoren
QM-RL	Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement



SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission
SZT	Stammzelltransplantation
VerfO	Verfahrensordnung

1. Einleitung

Jährlich zum 31. März legt der oder die unparteiische Vorsitzende des G-BA dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einen Fristenbericht vor. Darin wird dargestellt, welche Beratungsverfahren im vorhergehenden Kalenderjahr nicht fristgerecht beendet werden konnten und welche besonderen Schwierigkeiten zu einer Fristüberschreitung geführt haben. Erläutert wird auch, welche Schritte der G-BA unternommen hat, um eine Fristverletzung zu verhindern.

Außerdem werden diejenigen Verfahren aufgeführt, die im Vorjahresbericht aufgrund einer überschrittenen gesetzlichen Frist oder einer Beratung, die länger als drei Jahre andauerte („Dreijahresfrist“), gelistet wurden, jedoch zwischenzeitlich abgeschlossen werden konnten.

Im Sinne einer umfassenden Transparenz über das Beratungsgeschehen enthält der Bericht außerdem Statistiken zu allen Beratungsverfahren und Beschlüssen des G-BA sowie Hinweise zu besonderen, im Berichtsjahr abgeschlossenen Verfahren. Der Bericht enthält Hyperlinks zu den jeweiligen Pressemitteilungen, die in der Druckfassung über die Titel nachverfolgt werden können.

Rechtliche Grundlage des Fristenberichts ist § 91 Abs. 11 SGB V – der entsprechende Absatz wurde mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vom 16.07.2015 ergänzt. Seinen ersten Fristenbericht legte der G-BA dem Gesundheitsausschuss im März 2016 vor. Sämtliche Berichte sind auch auf der [Website des G-BA](#) veröffentlicht.

2. Strukturen und Prozesse des G-BA

2.1 Gesetzliche Fristen für Beschlussfassungen

Die Schritte, mit denen der G-BA seine Beschlüsse vorbereitet und trifft, sind auf Basis der gesetzlichen Bestimmungen in seiner Geschäftsordnung und seiner Verfahrensordnung festgelegt. Das Ziel besteht darin, transparente und rechtssichere Beschlüsse zu fassen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Neben den Aufträgen, die der Gesetzgeber mit einem festen Umsetzungsdatum versehen erteilt hat, unterliegen beispielsweise auch

1. die Bewertungsverfahren von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die vertragsärztliche Versorgung nach § 135 SGB V (2 Jahre),
2. die Bewertungsverfahren von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Krankenhausbehandlung nach § 137c SGB V (3 Jahre),
3. die aus einem Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V resultierenden Erprobungsstudien (2 Jahre) sowie
4. die Festlegung von Mindestmengen nach § 136b SGB V (2 Jahre)

einer gesetzlichen Frist.

2.2 Beschlussfassungen durch das Plenum

Das Beschlussgremium des G-BA ist das Plenum. Es hat 13 stimmberechtigte Mitglieder. Neben der unparteiischen bzw. dem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern ist eine paritätische Besetzung mit fünf Vertreterinnen bzw. Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und insgesamt fünf Vertreterinnen bzw. Vertretern der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer (DKG, KBV, KZBV) vorgesehen. Bei Beschlüssen, die allein einen oder zwei der Leistungssektoren (vertragsärztlich, vertragszahnärztlich oder stationär) wesentlich betreffen, bestehen abweichende Stimmverhältnisse auf Seiten der Leistungserbringer. Die entsprechenden Richtlinien und die anteilige Stimmengewichtung sind in der Geschäftsordnung festgehalten. Das Plenum beschließt in der Regel in öffentlichen Sitzungen, die auch per Livestream mitverfolgt und in der Mediathek (Aufzeichnungen seit 2020) auf der Website abgerufen werden können.

Der G-BA legt seine Beschlüsse zur Änderung oder Neufassung einer Richtlinie und die Tragen- den Gründe seiner Rechtsaufsicht, dem Bundesministerium für Gesundheit, zur rechtlichen Prüfung vor. Alle Beschlussdokumente sind auf der Website des G-BA eingestellt.

2.3 Vorbereitung von Beschlüssen durch Unterausschüsse und Arbeitsgruppen

Zur Vorbereitung seiner Beschlussfassungen setzt das Plenum Unterausschüsse ein. Diese fas- sen das Ergebnis ihrer Beratungen als Beschlussempfehlung an das Plenum zusammen und bestehen aus

- einem unparteiischen Mitglied des G-BA, dass gleichzeitig den Vorsitz des Unterausschus- ses innehat,
- sechs vom GKV-Spitzenverband benannten Mitgliedern sowie
- insgesamt sechs von den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer (DKG, KBV, KZBV) benannten Mitgliedern. Die Zusammensetzung der Leistungserbringerseite erfolgt paritätisch, sofern das Plenum angesichts des Aufgabenbereichs des Unterausschusses keine an- dere Zusammensetzung bestimmt.

Neben den benannten Mitgliedern im Unterausschuss nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter mitberatend an den Sitzungen teil. Darüber hinaus werden Vertreterinnen und Vertreter weiterer Organisationen und Verbände sowie Vertreterinnen und Vertreter der Bundesländer normenbezogen beteiligt und bei Bedarf externe Sachverständige hinzugezo- gen.

Anders als das Plenum beraten die Unterausschüsse ausschließlich in nicht öffentlichen Sit- zungen und fassen das Ergebnis ihrer Beratungen als Beschlussempfehlung an das Plenum zu- sammen.

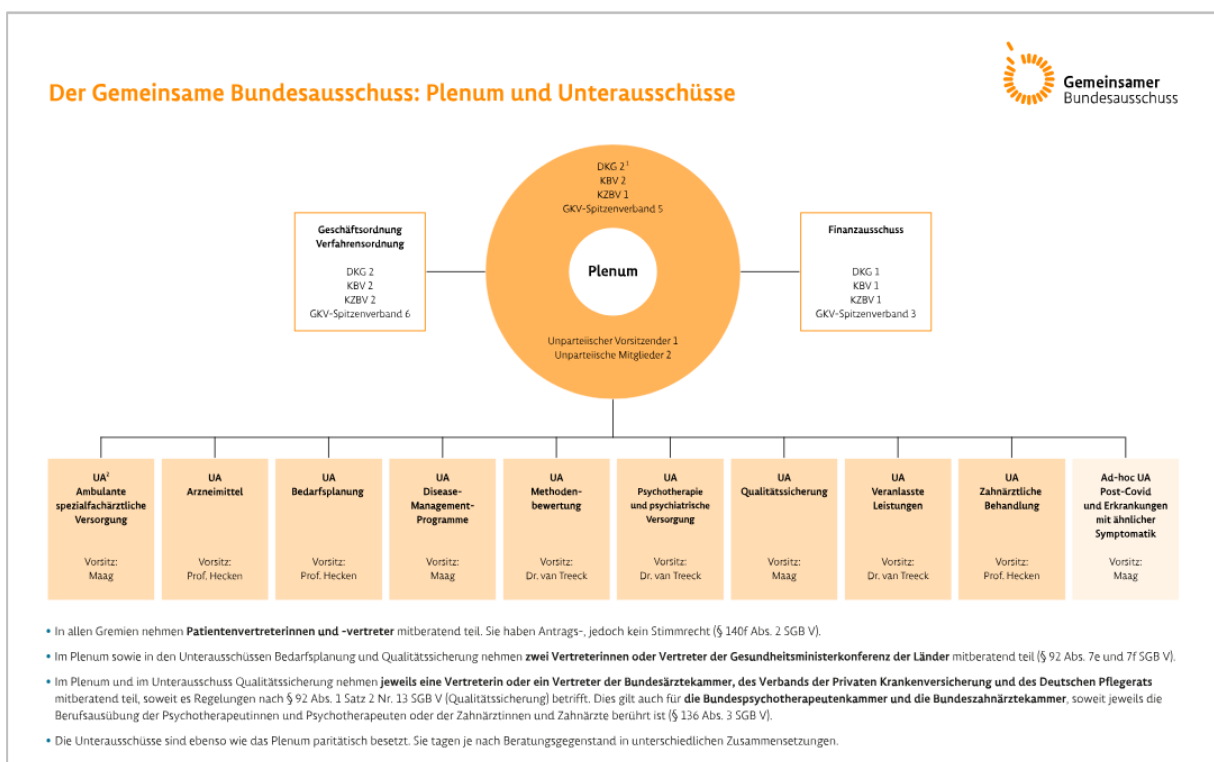
Aktuell (Stand 31.12.2025) sind im G-BA neun Unterausschüsse dauerhaft eingerichtet. Die Steuerungs- bzw. Prozessverantwortung für die in den Unterausschüssen beratenen Themen tragen die unparteiischen Mitglieder des G-BA, die die jeweiligen Unterausschüsse leiten:

- Prof. Josef Hecken leitet die Unterausschüsse Arzneimittel, Bedarfsplanung und Zahnärzt- liche Behandlung,
- Dr. med. Bernhard van Treeck leitet die Unterausschüsse Methodenbewertung, Psycho- therapie und psychiatrische Versorgung und Veranlasste Leistungen und

- Karin Maag leitet die Unterausschüsse ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Disease-Management-Programme und Qualitätssicherung sowie den bisher befristet eingerichteten Post-Covid und Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik.

Die Unterausschüsse beauftragen fachlich spezialisierte Arbeitsgruppen mit der Bearbeitung einzelner Beratungsverfahren. Derzeit existieren rund 70 aktive Arbeitsgruppen, die in der Regel mehrere Beratungsverfahren parallel betreuen. Die Arbeitsgruppen legen ihre Beratungsergebnisse dem jeweils zuständigen Unterausschuss vor. Sie sind analog zu den Unterausschüssen anteilig von den Trägerorganisationen, der Patientenvertretung und den Mitarbeitenden der Geschäftsstelle des G-BA besetzt.

Abbildung 1: Das Plenum und seine Unterausschüsse



2.4 Ablauf und Zeitplan von Beratungsverfahren

Der G-BA bereitet die Änderung oder Neufassung seiner Richtlinien und Regelungen in strukturierten Beratungsverfahren vor. Die dabei einzuhaltenden Regeln sind teilweise gesetzlich vorgegeben. Da sich diese Vorgaben in den einzelnen Aufgabenbereichen deutlich unterscheiden können, sieht die Verfahrensordnung des G-BA neben einem allgemeinen Teil auch spezifische Kapitel zum Ablauf der Beratungen und den Entscheidungsgrundlagen vor.

Das Plenum beschließt auf Antrag die Einleitung eines Beratungsverfahrens und in der Regel einen Zeitplan, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist. Dieser benennt den Zeitpunkt für die vorgesehene Beschlussfassung sowie die wesentlichen Zwischenschritte, zu denen beispielsweise die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zum Beschlussentwurf gehören kann. Unterausschüsse sollen ein Beratungsverfahren unaufgefordert wieder aufgreifen, wenn sie Änderungsbedarf erkennen. Ohne Einleitungsbeschluss des Plenums kann ein Unterausschuss ein Beratungsverfahren einleiten, wenn eine besondere Eilbedürftigkeit besteht.

Die oder der Vorsitzende eines Unterausschusses trägt die Prozessverantwortung für die in den Unterausschüssen und Arbeitsgruppen beratenen Themen. Die Unterausschüsse sind verpflichtet, über Verzögerungen bei der Beratungsdauer zu berichten. Über die Verzögerung ist rechtzeitig der oder die Vorsitzende zu informieren, damit das Plenum gegebenenfalls durch eine Priorisierungsentscheidung die Einhaltung der Fristen sicherstellen kann. Mit dem Verzögerungsbericht soll der Unterausschuss dem Plenum einen Vorschlag für die weitere Vorgehensweise einschließlich einer aktualisierten Zeitplanung unterbreiten oder die erforderliche Priorisierungsentscheidung einleiten (§ 20 Abs. 7 GO).

Die oder der unparteiische Vorsitzende des G-BA stellt übergreifend sicher, dass die auferlegten gesetzlichen Fristen eingehalten werden. Dafür übernimmt sie oder er die zeitliche Steuerungsverantwortung. Diese besondere Aufgabe ist gesetzlich in § 91 Abs. 2 Sätze 12 und 13 SGB V festgehalten und auch in der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA verankert.

3. Aufgaben und Beschlüsse der Unterausschüsse 2025

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die unterschiedlichen Arbeitsaufträge gegeben und es werden beispielhaft inhaltlich anspruchsvolle Aufgaben bzw. Verfahren aus dem Jahr 2025 der jeweiligen Unterausschüsse dargestellt.

Ebenfalls aufgelistet werden diejenigen Verfahren, die im Vorjahresbericht aufgrund einer überschrittenen gesetzlichen Frist oder einer mehr als drei Jahre andauernden Beratung aufgeführt wurden, jedoch zwischenzeitlich abgeschlossen werden konnten.

Eine tabellarische Übersicht in [Anhang 1.1](#) zeigt die Unterausschüsse und ihre Verfahren.

3.1 Unterausschuss Arzneimittel (UA AM)

Die Hauptaufgabe des UA AM besteht in den beschlussvorbereitenden Beratungen zur fortlaufenden Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie und ihrer Anlagen. Hierzu zählen beispielsweise die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen (sog. AMNOG-Verfahren), die Bildung von Festbetragsgruppen sowie die Prüfung der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsbereichen (sog. Off-Label-Use). Zudem bereitet der Unterausschuss Beschlüsse zu qualitätssichernden Anforderungen für den Einsatz von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP) sowie zur anwendungsbegleitenden Datenerhebung für bestimmte Arzneimittel vor.

Darüber hinaus ist der UA AM für die Umsetzung von Impfeempfehlungen zuständig. Auf Basis der Empfehlungen der beim Robert Koch-Institut ansässigen Ständigen Impfkommission (STIKO) legt der G-BA Einzelheiten zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen fest. Hierzu hat er spätestens zwei Monate nach Veröffentlichung einer entsprechenden Impfeempfehlung der STIKO eine Entscheidung zur Umsetzung zu treffen.

Einen inhaltlich wichtigen Beschluss hat der G-BA am 04.12.2025 getroffen und damit die Voraussetzungen dafür festgelegt, unter welchen Bedingungen Apotheken ärztlich verordnete Biologika (Referenzarzneimittel und Biosimilars) austauschen dürfen. Der G-BA hat diesbezüglich klare Kriterien definiert: Das abzugebende Produkt muss für mindestens ein gleiches Anwendungsgebiet sowie mindestens für dieselben Applikationsarten zugelassen sein wie das verordnete Produkt. Zudem müssen das abzugebende und das verordnete Produkt in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sein und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzen.

Damit wird der Austausch von Originalpräparaten durch preiswertere Biosimilars möglich, ohne die Therapiesicherheit oder den Zugang zu modernen Behandlungen für Patientinnen und Patienten zu gefährden. So trägt der G-BA dazu bei, die Versorgung auch bei hochpreisigen Arzneimitteln wirtschaftlich zu gestalten und den Einsatz von Biosimilars zu fördern, was langfristig zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen kann. [Pressemitteilung: Biologika](#)

Im Jahr 2025 fasste das Plenum 340 Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich des UA AM und schloss 224 Beratungsverfahren ab. Gegenwärtig werden 103 Verfahren beraten. Der Aufwand für die Beratungsgespräche nach § 35a Abs. 7 SGB V bleibt mit derzeit 269 abgeschlossenen Gesprächen im Jahr 2025 weiterhin sehr hoch.

Ein Verfahren, das die Beratungsdauer von drei Jahren überschritten hat, konnte während des Berichtszeitraumes abgeschlossen werden:

Versicherte mit schwerer **Tabakabhängigkeit** haben seit dem 15.05.2025 **Anspruch auf Arzneimittel zur Unterstützung des Rauchstopps im Rahmen evidenzbasierter Programme**. Der G-BA hat nach Prüfung der Studien für die Wirkstoffe Nicotin und Vareniclin die Verordnungsvoraussetzungen festgelegt. Das Verfahren war besonders komplex und wurde am 18.03.2022 eingeleitet; die Dreijahresfrist wurde um zwei Monate überschritten. Mit dem Beschluss vom 15.05.2025 wurde eine evidenzbasierte Grundlage für die Versorgung geschaffen.

3.2 Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (UA ASV)

Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer und/oder seltener Erkrankungen. Eine ASV kann von Krankenhäusern, niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Medizinischen Versorgungszentren angeboten werden. Der G-BA ist beauftragt, nähere Details zu diesem Versorgungskonzept festzulegen, regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.

Der Zuständigkeitsbereich des UA ASV umfasst die Aktualisierung und Weiterentwicklung der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL). Hierzu gehört auch, die Inhalte der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (gemäß § 116b SGB V a. F., ABK-RL) schrittweise in die ASV-RL zu übertragen.

Der UA ASV beriet im Berichtsjahr unter anderem über die Konkretisierung von Anforderungen an eine ASV für das Kurzdarmsyndrom und angeborene Skelettsystemfehlbildungen.

Diese wurden am 18.12.2025 vom G-BA beschlossen. Beim Kurzdarmsyndrom ist die Nährstoffaufnahme infolge fehlender oder stark verkürzter Darmabschnitte dauerhaft eingeschränkt. Angeborene Skelettsystemfehlbildungen sind dagegen mit schweren funktionellen Beeinträchtigungen und einem hohen, lebenslangen Behandlungsbedarf verbunden. Beide Krankheitsbilder waren bereits Gegenstand der ABK-RL. Mit den Beschlüssen hat der G-BA ältere Versorgungsansätze in einen klar geregelten, spezialisierten ambulanten Versorgungsrahmen gesetzt, die strukturellen Voraussetzungen für eine gezielte, interdisziplinäre ambulante Behandlung geschaffen und somit eine Versorgungslücke geschlossen. Erstmals wird für diese seltenen und komplexen Erkrankungen ein bundesweit einheitlicher Zugang zu spezialisierter Versorgung ermöglicht, der die Behandlungscoordination verbessert und stationäre Aufenthalte reduzieren kann. Die Beschlüsse stärken somit gezielt die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hohem medizinischem Bedarf. [Pressemitteilung: Kurzdarmsyndrom und angeborene Skelettsystemfehlbildungen](#)

Im Jahr 2025 wurden vom Plenum insgesamt 12 Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich des UA ASV gefasst und sechs Beratungsverfahren abgeschlossen. Gegenwärtig werden vier Verfahren beraten.

3.3 Unterausschuss Bedarfsplanung (UA BPL)

Die Bedarfsplanung ist ein Instrument, das einen bundesweit gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung gewährleisten soll. Der G-BA ist gesetzlich beauftragt, hierfür bundeseinheitliche Vorgaben zu treffen. Bestandteil dieser Rahmenvorgaben sind Verhältniszahlen, Quotenregelungen und Instrumente, die es erlauben, besondere lokale und regionale Bedarfe abzubilden. Der UA BPL bereitet Beschlüsse zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung vor. Im Bereich der stationären Versorgung berät der UA BPL über die strukturellen Voraussetzungen des gestuften Systems der Notfallstrukturen an Krankenhäusern, die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für basisversorgungsrelevante Krankenhäuser sowie die Qualitätsanforderungen für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.

Am 20.11.2025 hat der G-BA das bestehende gestufte System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern weiterentwickelt. Neben den drei etablierten Stufen der Notfallversorgung (Basis, erweitert und umfassend) gibt es zukünftig auch eine Stufe der „Nicht-Teilnahme“. Werden

die Mindestvorgaben dieser neuen Stufe erfüllt, nimmt der Standort zwar an der Notfallversorgung teil, ohne aber einer der drei qualifizierten Notfallstufen (Basis, erweitert, umfassend) zugeordnet zu sein. Krankenhäuser, die die Anforderungen der neuen Stufe nicht erfüllen, werden der „Nicht-Teilnahme“ zugeordnet und müssen zukünftig mit Abschlägen rechnen. Neben diesen Änderungen präzisierte der G-BA einige Mindestvorgaben zu Strukturen, Fachpersonal und Ausstattung, da es hier in der Anwendung immer wieder zu Unklarheiten gekommen ist. [Pressemitteilung: Notfallstrukturen](#)

Im Jahr 2025 wurden im Plenum 20 Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich des UA BPL gefasst und neun Verfahren abgeschlossen. Gegenwärtig werden vier Verfahren beraten. Ein Verfahren, das die Beratungsdauer von drei Jahren überschritten hat, konnte während des Berichtszeitraumes abgeschlossen werden:

Der G-BA hatte am 10.06.2021 mit den Beratungen über eine **Verfahrensregelung zur Ergänzung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten** gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) begonnen. Die Beratungen wurden jedoch zugunsten der Beratungen zu Zentren für Intensivmedizin zurückgestellt. Nach Abschluss dieses Verfahrens wartete der UA BPL zudem auf die Verabschiedung des KHVVG, um mögliche Auswirkungen auf die geplanten Regelungen zu berücksichtigen. Die Beratungen konnten schließlich am 01.12.2025 abgeschlossen werden.

3.4 Unterausschuss Disease-Management-Programme (UA DMP)

DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme, die die medizinische Versorgungsqualität für Menschen mit chronischen Erkrankungen verbessern sollen. Der G-BA hat die Aufgabe, geeignete chronische Erkrankungen auszuwählen und die Anforderungen an DMP festzulegen. Er überprüft diese regelmäßig und aktualisiert sie bei Bedarf. Dabei geht es insbesondere um eine medizinische Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, aber auch um Qualitätssicherungsmaßnahmen, Anforderungen an die Einschreibung der Versicherten in ein Programm sowie Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten. Zudem sind Vorgaben für die Dokumentation und Evaluation festzulegen.

Die Anforderungen an die DMP und die Dokumentation sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie festgelegt. In dieser Richtlinie sind derzeit die Anforderungen an die DMP für die folgenden Erkrankungen geregelt: koronare Herzkrankheit, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma bronchiale, Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronische

Rückenschmerzen, Depressionen, chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose, rheumatoide Arthritis und Adipositas.

Auf Grundlage eines gesetzlichen Auftrags hat der G-BA am 20.03.2025 die ersten Grundlagen für digitalisierte Versorgungsprozesse in DMP festgelegt. Ziel ist es, chronisch Erkrankten eine strukturierte, qualitätsgesicherte Versorgung zu ermöglichen und diese an die Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsversorgung anzupassen. Der Beschluss definiert, welche digitalen Elemente in ergänzenden Modulen der klassischen DMP integriert werden sollen, darunter elektronische Patientenakten, digitale Medikationspläne, Messenger-Dienste und telemedizinische Konsultationen. Auf dieser Basis wurden digitalisierte Diabetes-DMP-Module für Typ-1- und Typ-2-Diabetes entwickelt, die zusätzliche digitale Versorgungsprozesse bündeln. Durch die Festlegung dieser Anforderungen stellt der G-BA sicher, dass chronisch kranke Versicherte von effizienteren, digital unterstützten Behandlungsabläufen profitieren und Praxen gezielt digitale Anwendungen zur Versorgungskoordination einsetzen können. [Pressemitteilung: Diabetes mellitus Typ 1](#)

Im Jahr 2025 wurden vom Plenum 12 Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich des UA DMP gefasst und fünf Verfahren abgeschlossen. Gegenwärtig werden elf Verfahren beraten. Ein abgeschlossenes Verfahren hatte zum Zeitpunkt der Beschlussfassung die Berichtspflicht überschritten:

Das **Beratungsverfahren zur Aktualisierung des DMP - Depression** wurde am 21.04.2022 eingeleitet und erst nach Ablauf der regulären Dreijahresfrist, am 20.11.2025, abgeschlossen. Damit hat der G-BA die fachlichen Grundlagen für die strukturierte Versorgung von Menschen mit Depressionen fortgeschrieben. Der Ergebnisbericht des IQWiG lag am 28.06.2023 vor. Das Stellungnahmeverfahren wurde am 12.03.2025 eingeleitet und am 16.07.2025 im Unterausschuss ausgewertet. Grund für die Verzögerung war die aufwändige Prüfung zur Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen und die Beratung, inwiefern diese als Schulungsäquivalent gelten könnten. In diesem Zusammenhang wurden die Abteilung Fachberatung Medizin der G-BA-Geschäftsstelle im Rahmen der vorgenannten Unterausschusssitzung ergänzend noch mit einer Literaturrecherche zu Schulungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Depression beauftragt. Zudem wurde das Bundesamt für Soziale Sicherung um eine weitere Stellungnahme zum Beschlussentwurf gebeten.

3.5 Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB)

Eine medizinische „Methode“ ist eine Vorgehensweise zur Untersuchung oder Behandlung bestimmter Erkrankungen, die auf einem eigenen theoretisch-wissenschaftlichen Konzept basiert. Zu den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zählen beispielsweise Operationen, Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen, der Einsatz von Heilmitteln und Psychotherapieverfahren. Der G-BA hat die Aufgabe, diese Methoden auf ihre Erforderlichkeit für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse zu überprüfen. Die Bewertung einer Methode erfolgt in zwei Schritten: Zunächst wird eine sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens sowie der medizinischen Notwendigkeit vorgenommen. Im zweiten Schritt werden dann die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit des Einsatzes einer Methode jeweils für die vertragsärztliche und -zahnärztliche Versorgung (MVV-RL sowie für die Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) getrennt bewertet.

Demnach hat der G-BA zu ermitteln, welche Methoden im Bereich der Krankenhäuser nach § 137c SGB V zulasten der GKV ausgeschlossen und welche Methoden im vertragsärztlichen Bereich nach § 135 SGB V zugelassen werden.

Der UA MB ist für Richtlinien zuständig, die Maßnahmen zur (Krebs-)Früherkennung sowie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden konkretisieren. Weitere Arbeitsschwerpunkte sind die Vorbereitung und Begleitung von Erprobungsstudien sowie die Fast-Track-Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten in der Krankenhausbehandlung.

Am 17.07.2025 wurde das Verfahren zur Bewertung der operativen Behandlung des Lipödems abgeschlossen. Gesetzlich Versicherte, die an einem Lipödem leiden, können damit unabhängig vom Stadium der chronischen Erkrankung unter bestimmten Bedingungen auch operativ – mit einer Liposuktion – behandelt werden. Bislang war die Liposuktion nur bei einem Lipödem im Stadium III und als befristete Ausnahmeregelung eine Kassenleistung. Das Lipödem ist eine krankhafte Fettgewebsvermehrung an den Beinen und ggf. Armen, die für die Betroffenen mit starken Schmerzen verbunden ist. Wissenschaftliche Grundlage waren erste Ergebnisse einer vom G-BA veranlassten Studie. Sie belegen, dass die operative Fettgewebsreduzierung deutliche Vorteile gegenüber einer alleinigen nichtoperativen Behandlung hat. [Pressemitteilung: Lipödem](#)

Menschen mit starkem Zigarettenkonsum haben ein hohes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. Der G-BA hat am 18.06.2025 für diese Personengruppe die Lungenkrebs-Früherkennung als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen beschlossen. Ziel ist es, eine Krebserkrankung frühzeitig zu erkennen, zeitnah die Behandlung zu ermöglichen und so die Überlebenschancen der Betroffenen zu erhöhen. Im Juli 2024 war die Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz in Kraft getreten. Sie bestätigte, dass der Einsatz des Screenings bei der betreffenden Risikogruppe strahlenschutzrechtlich eingesetzt werden darf. Nach Inkrafttreten einer solchen Rechtsverordnung hat der G-BA eine Frist von 18 Monaten, um über die Einführung der Früherkennungsuntersuchung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden. Das Screening-Angebot kommt ab April 2026 in die Versorgung. Starke Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren können dann alle 12 Monate eine Untersuchung der Lunge mittels Niedrigdosis-Computertomographie wahrnehmen. [Pressemitteilung: Lungenkrebs-Früherkennung](#)

Der G-BA kann bei nicht hinreichend belegtem Nutzen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 oder § 137c SGB V eine Richtlinie zur Erprobung beschließen. Gleiches gilt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V oder auf Antrag eines Herstellers eines Medizinprodukts nach § 137e Abs. 7 SGB V. Wenn der G-BA erwartet, in naher Zukunft Studienergebnisse zu erhalten, die für die Bewertung des Nutzens der Methode relevant sind, kann er das Beratungsverfahren aussetzen.

Aufgrund laufender Studien, von denen sich der G-BA relevante Erkenntnisse für die Bewertung der jeweiligen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erwartet, sind die Beratungen zu neun Verfahren zurzeit ausgesetzt (siehe [Anhang 1.2](#)). Weiterhin sind aufgrund einer Erprobung nach § 137e SGB V die Beratungen zu fünf Verfahren zurzeit ausgesetzt (siehe [Anhang 1.3](#)).

Im Jahr 2025 wurden vom Plenum 113 Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich des UA MB gefasst und 33 Verfahren abgeschlossen. Gegenwärtig werden 50 Verfahren beraten. Außerdem hat der UA MB elf Beratungsanforderungen nach § 137e Abs. 8 SGB V oder § 137h Abs. 6 SGB V beendet.

Ein Verfahren, das die Beratungsdauer von zwei Jahren überschritten hat, konnte während des Berichtszeitraumes abgeschlossen werden: Am 12.05.2023 wurde das **Bewertungsverfahren zur Ausweitung biomarkerbasierter Tests bei Brustkrebs** eingeleitet. Dieses umfasst nun

auch Patientinnen mit ein bis drei befallenen Lymphknoten. Ursprünglich handelte es sich um zwei getrennte Verfahren, deren Beratungsstart einige Monate auseinanderlagen und die später zusammengeführt wurden, um einen einheitlichen Beschluss zu ermöglichen. Dies führte zu einer geringfügigen Überschreitung der gesetzlich vorgesehene Zweijahresfrist um zwei Monate. Mit Beschluss vom 17.07.2025 wurde das Verfahren abgeschlossen, sodass die Tests mit den spezifischen Anpassungen hinsichtlich der Vorgehensweisen der Methode (Testauswahl) sowie des Menopausalstatus der jeweiligen Patientin weiterhin als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt werden können. [Pressemitteilung: Biomarker-Tests Brustkrebs](#)

3.6 Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV)

Dieser Unterausschuss regelt Bestandteile der Behandlung seelischer Erkrankungen ambulant sowie systemübergreifend in Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

So hat der Gesetzgeber dem G-BA z.B. den Auftrag erteilt, die Leistung ärztlicher und psychologischer Psychotherapie zu konkretisieren. Geregelt wird, welche psychotherapeutischen Verfahren und Methoden eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind, welche Angebote es für die Abklärung eines Erkrankungsverdachts und bei einem dringenden Behandlungsbedarf bestehen sowie Details zur gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung und zu probatorischen Sitzungen vor Beginn einer Therapie.

Zudem ist der G-BA beauftragt, berufsgruppenübergreifend die Anforderungen für die Versorgung von Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen und einem komplexen ärztlichen wie therapeutischen Behandlungsbedarf zu regeln. Der UA PPV regelt dies in der Richtlinie für die sektorübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

Mit Beschluss vom 21.08.2025 hat der G-BA die organisatorisch-administrative Hürden für die Gründung dieser Netzverbände gesenkt und strukturelle sowie organisatorische Vereinfachungen beschlossen. Diese sind ein zentrales Element, mit dem ein koordinierter, multiprofessioneller Versorgungszugang ermöglicht werden soll. Die Koordination in regionalen Netzverbänden soll Betroffenen eine abgestimmte und zeitnahe Versorgung ermöglichen, so dass sie nicht mehr einzelne Leistungen fragmentiert und unabhängig voneinander in Anspruch nehmen müssen. Unter anderem wurde die Mindestzahl der erforderlichen Fachkräfte redu-

ziert, die Kooperationsvorgaben mit Krankenhäusern flexibilisiert und die vertraglichen Pflichten vereinfacht. Zukünftig können auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag stärker eingebunden werden. Diese Anpassungen sollen die Umsetzung und Ausweitung des Versorgungsangebots erleichtern, ohne die fachlichen Anforderungen an die Qualität der Versorgung zu reduzieren. [Pressemitteilung Netzverbände](#)

Im Jahr 2025 wurden vom Plenum sieben Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich des UA PPV gefasst und zwei Verfahren abgeschlossen. Gegenwärtig werden sechs Verfahren beraten.

3.7 Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS)

Patientinnen und Patienten sollen eine qualitativ hochwertige Versorgung auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse erhalten. Mit diesem Ziel hat der Gesetzgeber den G-BA mit zahlreichen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung betraut. Jährlich sind vom UA QS Beschlüsse zur Aktualisierung u.a. der DeQS-RL oder zu den Qb-R vorzubereiten. Darüber hinaus werden Vorgaben für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement festgelegt sowie Anforderungen an die personelle, räumliche und technische Ausstattung bei komplexen medizinischen Behandlungen definiert. Zudem ist der G-BA beauftragt, für ausgewählte planbare Leistungen im Krankenhaus, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, eine jährlich zu erfüllende Mindestmenge festzulegen.

Am 18.06.2025 wurden Anpassungen an der **PPP-RL** für die stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen beschlossen. Damit wurde nun den Kliniken mehr Flexibilität beim Personaleinsatz ermöglicht und gleichzeitig der administrative Aufwand reduziert. Psychische Erkrankungen oder andere komplexe psychische Belastungen erfordern eine gut abgestimmte Versorgung durch ein multiprofessionelles Team. Die Anforderungen an ausreichend qualifiziertes Personal sind deshalb ein wichtiger Bestandteil der Qualitäts- und Strukturvorgaben in der stationären Behandlung. Der G-BA hat die PPP-RL so angepasst, dass Einrichtungen ihr vorhandenes Personal flexibler über Stationen und Settings hinweg einsetzen können. Damit trägt der G-BA den individuellen Behandlungskonzepten vieler Krankenhäuser Rechnung, um einen bedarfsgerechten Personaleinsatz zu ermöglichen, ohne die Mindestanforderungen zu unterschreiten. Gleichzeitig wird der Dokumentationsaufwand reduziert und der G-BA fördert die berufsbegleitende Aus- und Weiterbildung bestimmter Gruppen fachfremder Mitarbeitender, die mit anderer Qualifikation bereits in den



Kliniken beschäftigt sind. Auch Übergangsregelungen für den Nachtdienst und erweiterte Anrechnungsoptionen für Pflegehilfskräfte wurden definiert. [Pressemitteilung: Mindestpersonalausstattung in Psychiatrien](#)

Im Jahr 2025 wurden 165 Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich des UA QS gefasst und 40 Verfahren abgeschlossen. Gegenwärtig werden 86 Verfahren beraten.

Bis zum 31.12.2025 konnten sechs Verfahren abgeschlossen werden, die entweder im letzten Bericht aufgrund einer überschrittenen gesetzlichen Frist bzw. einer Überschreitung der Dreijahresfrist aufgeführt wurden oder die im Laufe des Jahres 2025 eine Frist überschritten haben: Am 02.09.2020 bestimmte der UA QS die Reihenfolge seiner Beratungen zur Prüfung und möglichen Anpassung bestehender sowie neuer Mindestmengen. Dabei wurden die drei in Beratung befindlichen Verfahren zur Überprüfung der bestehenden **Mindestmenge für Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)** sowie Verfahren zur möglichen Festlegung neuer Mindestmengen für **unikondyläre Schlittenprothesen** und **Revisionseingriffe** zunächst zurückgestellt. Im Rahmen der Beratungen zeigte sich, dass ergänzende Literaturrecherchen des IQWiG zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei allen Verfahren sowie weitere Datenauswertungen des IQTIG sowohl hinsichtlich Volume-Outcome-Beziehungen als auch in Vorbereitung von Folgenabschätzungen erforderlich waren. Diese letzten Berichte konnten am 30.06.2025 vorgelegt werden. Die Beschlussfassung erfolgte am 18.12.2025. [Pressemitteilung: Mindestmenge Kniegelenkersatz](#)

Am 21.10.2021 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der **Entwicklung einer Methodik für Follow-up-Indikatoren**, um die Verantwortung für die erbrachte Versorgungsqualität einzelnen Krankenhäusern bzw. Operateuren im Stellungnahmeverfahren zuschreiben zu können. Der Abschlussbericht wurde fristgerecht, jedoch unvollständig abgegeben und musste überarbeitet werden. Die Beratungen konnten mit der Freigabe zur Veröffentlichung am 16.10.2025 abgeschlossen werden.

Der letzte Entwicklungsschritt des **QS-Verfahrens zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis** begann am 01.07.2022. Die Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen wurden am 17.07.2025 beschlossen und liegen damit geringfügig außerhalb der Dreijahresfrist. Damit konnte das Verfahren abgeschlossen werden.

Am 18.02.2022 beauftragte das Plenum den UA QS damit, ein **Modul für Richtlinienbeschlüsse nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V** (Struktur- und Prozessanforderungen) für die VerfO zu erarbeiten. Die Beratungen wurden insbesondere im Hinblick auf das KHVVG und die

damit verbundenen Auswirkungen durch die Einführung von Leistungsgruppen unterbrochen. Das Verfahren konnte mit Beschlussfassung am 18.09.2025 abgeschlossen werden.

3.8 Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL)

Der G-BA hat die Aufgabe festzulegen, nach welchen Kriterien die ärztlich zu veranlassenden Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet und erbracht werden dürfen. Hierzu gehören beispielsweise die häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Arbeitsunfähigkeit, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder außerklinische Intensivpflege.

So erhalten Versicherte mit schweren, komplexen oder mehrfachen Behinderungen und entsprechend spezifischem Bedarf an Hilfsmitteln nun Unterstützung durch vereinfachte Prüf- und Genehmigungsverfahren. Mit Beschluss vom 20.02.2025 hat der G-BA die Vorgaben in der Hilfsmittel-Richtlinie geändert, um den Prozess der Bedarfsermittlung und Leistungsentscheidung für komplexe Hilfsmittel wie speziell angepasste Sitzschalen oder Elektrorollstühle zu straffen. Bei dieser Versichertengruppe ist der genaue Hilfsmittelbedarf häufig schwer zu bestimmen, sodass der Genehmigungsprozess bislang aufwendig und zeitintensiv war. Der G-BA hat daher die Anforderungen an den Prüf- und Genehmigungsprozess so angepasst, dass eine schnellere und weniger bürokratische Leistungsentscheidung ermöglicht wird – von der ärztlichen Verordnung über die Bedarfsermittlung bis zur Entscheidung durch die Krankenkassen. [Pressemitteilung: Hilfsmittel komplexen Bedarfen](#)

Im Jahr 2025 fasste das Plenum 17 Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich des UA VL und schloss zehn Verfahren ab. Gegenwärtig werden sechs Verfahren beraten.

3.9 Unterausschuss Zahnärztliche Versorgung (UA ZÄ)

Zahnmedizinische Leistungen umfassen die Behandlung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen, die kieferorthopädische Korrektur von Fehlstellungen der Zähne oder des Kiefers sowie die Versorgung mit Zahnersatz. Der G-BA ist beauftragt, die Voraussetzungen und den Umfang der Übernahme von Leistungen der zahnmedizinischen Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung zu bestimmen.

Im Jahr 2025 wurden vom Plenum ein Beschluss aus dem Zuständigkeitsbereich des UA ZÄ getroffen und ein Verfahren abgeschlossen. Gegenwärtig wird ein Verfahren beraten.

3.10 Arbeitsgruppe Geschäftsordnung/Verfahrensordnung (AG GO/VerfO)

Die AG GO/VerfO des G-BA befasst sich mit der Erarbeitung von Beschlussentwürfen zur Änderung der Verfahrens- und der Geschäftsordnung.

Im Jahr 2025 wurden vom Plenum 13 Beschlüsse aus dem Zuständigkeitsbereich der AG GO/VerfO gefasst und vier Verfahren abgeschlossen. Gegenwärtig wird kein Verfahren beraten.

4. Laufende Beratungsverfahren mit überschrittener Frist 2025

Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die Verfahren, bei deren Beratung entweder eine gesetzliche oder eine vom G-BA gesetzte Frist überschritten wurde.

Im Berichtsjahr 2025 gab es in den UA AM, ASV, DMP, MB, PPV, VL, ZÄ und in der AG GO/VerfO keine laufenden Verfahren mit Fristüberschreitungen. Zum aktuellen Zeitpunkt dauern die Beratungen im UA QS bei neun laufenden Verfahren bereits länger als drei Jahre und sechs Verfahren wurden nicht im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Frist abgeschlossen. Im UA BPL überschreitet ein laufendes Verfahren eine gesetzliche Frist.

4.1 Verfahren mit überschrittener gesetzlicher Frist

- 1) Der G-BA wurde gemäß § 136a Abs. 2 SGB V beauftragt, bis zum 30.09.2019 Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung im Rahmen eines **QS-Verfahrens für Schizophrenie (UA QS)** zu entwickeln. Der Unterausschuss hat beschlossen, zunächst die Überarbeitung der am 31.03.2023 ausgelaufenen S3-Leitlinie „Schizophrenie“ abzuwarten, die im Oktober 2025 veröffentlicht wurde. Am 18.12.2025 wurde das IQTIG mit der Aktualisierung der Spezifikationsempfehlungen beauftragt. Die Beratungen zu den themenspezifischen Bestimmungen und zu dem vom IQTIG voraussichtlich festgestellten Bedarf zur Aktualisierung des QI-Sets werden ab Mitte 2026 fortgesetzt.
- 2) Der G-BA sollte bis zum 31.12.2022 eine **Richtlinie zur einrichtungsbezogenen und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung und Transparenz (UA QS)** nach § 136a Abs. 6 SGB V beschließen. Dabei sollen einheitliche Anforderungen zur Information der Öffentlichkeit festgelegt werden, um die Transparenz und Qualität der Versorgung zu erhöhen. Zuletzt führte die im Krankenhaustransparenzgesetz vorgesehene Beschränkung auf den vertrags(zahn)ärztlichen Bereich zu einer weiteren Verzögerung in den Beratungen. Die Erstfassung der Richtlinie zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz gemäß § 136a Abs. 6 SGB V wurde am 16.01.2025 vom G-BA beschlossen. Das BMG wies jedoch auf das Fehlen von Anlage 1 hin, die einen wesentlichen Bestandteil der Richtlinie darstellt. Mit Änderungsbeschluss vom 22.01.2026 wurde diese ergänzt und das Verfahren damit abgeschlossen. Es wird somit im Fristenbericht 2027 als verfristet abgeschlossenes Verfahren gelistet.

- 3) Der G-BA wurde mit dem KHVVG vom 12.12.2024 beauftragt, bis zum 30.06.2025 eine Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen **(QHKS-RL) (UA QS)** zu erarbeiten. Die Fertigstellung verzögerte sich, da die Mindestanforderungen für Ausschluss- und Überleitungsfälle fachlich und juristisch präzise festgelegt werden mussten. Das Verfahren konnte erst am 19.03.2026 mit dem Beschluss der Richtlinie abgeschlossen werden und wird im Fristenbericht 2027 als verfristet abgeschlossenes Verfahren gelistet.
- 4) Am 16.11.2023 wurde das Beratungsverfahren zur **Festlegung einer Mindestmenge für Chirurgie bei Magenkarzinomen und bei Karzinomen des gastroösophagealen Übergangs (AEG Typ I-III) (UA QS)** eingeleitet. Aufgrund der Einbeziehung weiterer OPS-Kodes in den Leistungsbereich und der dadurch erforderlichen weiteren Datenanalyse des IQTIG zur Folgenabschätzung konnte das Verfahren nicht innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen werden. Das Stellungnahmeverfahren hat der G-BA am 26.01.2026 eingeleitet, die Beschlussfassung ist für Mitte 2026 vorgesehen.
- 5) Am 21.12.2023 wurde zudem das Beratungsverfahren **Festlegung einer neuen Mindestmenge Major-Leberresektion (UA QS)** eingeleitet. Aufgrund von Priorisierungsentscheidungen zugunsten der Mindestmenge für Magenkarzinome (siehe Nummer 4) konnte das Verfahren nicht innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen werden. Die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens ist für den 03.06.2026 vorgesehen, die Beschlussfassung für Oktober 2026.
- 6) Der G-BA sollte eine **Anpassung der Vorgaben der Sicherstellungszuschläge-Richtlinie (UA BPL)** bis zum 31.12.2025 prüfen, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Weiterhin sollte er bis zum 31.10.2025 prüfen, ob Belegärzte geeignet sind, um Leistungen sicherzustellen, die für eine notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Die Prüfung bezüglich des Regelungsbedarfs zu den Belegärztinnen und Belegärzten konnte am 01.12.2025 abgeschlossen werden, die Prüfung der bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung dauert weiterhin an, da zunächst die Umsetzung der Krankenhausreform und der geplanten Notfallreform abgewartet werden müssen.

4.2 Verfahren mit überschrittener Dreijahresfrist

- 1) Gemäß § 6 Abs. 2 der **Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM-RL) (UA QS)** beauftragte der G-BA am 15.06.2023 das IQTIG, ein Auswertungs- und Berichtskonzept zur Erhebung des Umsetzungsstands der QM-RL in Krankenhäusern auf der Basis vorhandener Daten zu entwickeln. Der Bericht wurde fristgerecht am 20.12.2024 vorgelegt, musste jedoch überarbeitet werden. Am 19.12.2025 stellte das IQTIG den aktualisierten Bericht zur Verfügung. Unter Berücksichtigung dieser Berichtergebnisse hat der Unterausschuss über eine Änderung der QM-RL beraten und am 28.01.2026 ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, so dass im ersten Halbjahr 2026 mit dem Abschluss des Verfahrens zu rechnen ist.
- 2) Der G-BA beabsichtigt, mit der **Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement (UA QS)** die Versorgungsqualität nach Krankenhausaufenthalten zu verbessern. Nach diversen Beauftragungen und daraus resultierenden Entwicklungsarbeiten seit dem 20.09.2018 stellte der UA QS fest, dass der Nutzen einer fallbezogenen Dokumentation und entsprechender Indikatoren den Aufwand für die Krankenhäuser nicht rechtfertigt. Das IQTIG wurde am 06.12.2023 damit beauftragt, das Konzept und die Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement weiterzuentwickeln. Dieser Auftrag wurde fristgerecht am 13.12.2024 abgeschlossen. Die Beratungen werden im Jahr 2026 fortgesetzt.
- 3) Am 16.04.2020 beauftragte der G-BA das IQTIG, für ein **QS-Verfahren zum lokal begrenzten Prostatakarzinom (UA QS)** Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Am 15.07.2021 lieferte das IQTIG hierzu einen Abschlussbericht. Nach einer langen Abstimmung mit dem BSI im Mai 2024 wurde das Verfahren im UA QS im Januar 2025 priorisiert beraten. Darüber hinaus waren Anpassungen im Teil 1 der DeQS-RL zum Einbezug von Daten aus klinischen Krebsregistern erforderlich. Das Stellungnahmeverfahren wurde am 25.02.2026 eingeleitet, sodass eine Beschlussfassung in diesem Jahr erfolgen kann.
- 4) Das **QS-Verfahren zur systemischen Antibiotikatherapie (UA QS)** in der Zahnmedizin dient der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens im Rahmen der parodontalen und konservierend-chirurgischen Behandlung. Das Stellungnahmeverfahren zu den themenspezifischen Bestimmungen wurde am 25.01.2023 im UA QS eingeleitet. Kurz vor Abschluss der Beratungen wurde festgestellt, dass eine grundsätzliche Klärung der datenschutzrechtlichen Bedenken, die vom BfDI in seiner Stellungnahme aufgeworfen wurden,

erforderlich ist, bevor das Verfahren weiterbearbeitet werden kann. Für die Umsetzung des Verfahrens ist eine gesetzliche Änderung des § 299 SGB V notwendig, die mit dem KHAG umgesetzt wurde.

- 5) Der G-BA wurde am 20.07.2021 gemäß § 137 Abs. 2 SGB V beauftragt, in der DeQS-RL eine **Dokumentationsrate von 100% für dokumentationspflichtige Leistungserbringer sowie Vergütungsabschläge bei verschuldeter Unterschreitung (UA QS)** festzulegen. Die Beratungen des UA QS starteten bereits Anfang 2022. Regelungsvorschläge zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in Teil 1 DeQS-RL liegen vor; weitere Beratung sind für 2026 geplant.
- 6) Im Rahmen der Nichtbeanstandung eines Beschlusses zur Änderung der DeQS-RL teilte das BMG am 30.01.2024 mit, dass der Auftrag des G-BA, die **wirtschaftlichen Auswirkungen der Ausgestaltung der Datenannahmestellen (UA QS)** zu prüfen und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen, weiterhin bestehe und bis zum 31.12.2025 über das Ergebnis zu berichten sei. Um den Ablauf der datengestützten Qualitätssicherung zu stabilisieren und die in der Praxis gut funktionierenden Datenannahmestellen und Landesarbeitsgemeinschaften weiter zu stärken, hält der G-BA eine grundlegende Änderung der Regelungen zur Datenannahme und zu den Datenannahmestellen zum jetzigen Zeitpunkt für nicht angezeigt. Er steht daher weiterhin mit dem BMG im Austausch.
- 7) Die **Weiterentwicklung des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation (UA QS)** als „Einzelmaßnahme“ begann mit der Beauftragung des IQTIG am 18.08.2022. Zwischenzeitlich hat der G-BA das IQTIG am 19.01.2023 mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten QS beauftragt. In diesem Rahmen wurde auch das QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation überarbeitet. Die Abgabe des Abschlussberichts zur o.g. Beauftragung erfolgte am 23.05.2025.
- 8) Die **Weiterentwicklung des QS-Verfahrens für die Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (UA QS)** begann mit der Beauftragung des IQTIG am 18.03.2022. Die Ergebnisse wurden dem UA QS in zwei Abschlussberichten vorgelegt: Teil A bis 31.03.2023 und Teil B bis 19.07.2023 (im Rahmen des Abschlussberichts zur IQTIG-Beauftragung vom 19.02.2022 zur Prüfung und Weiterentwicklung datengestützter QS-Verfahren). Am 09.10.2024 wurde die Folgebeauftragung für ein sektorenübergreifendes Verfahren beschlossen. Dieser Schritt erfolgte vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung (z. B. Herzschrittmacherversorgung, auch im Zusammenhang mit der Nachsorge) und war ein Grund für die Verzögerung des Verfahrens. Der Abschlussbericht zu Teil

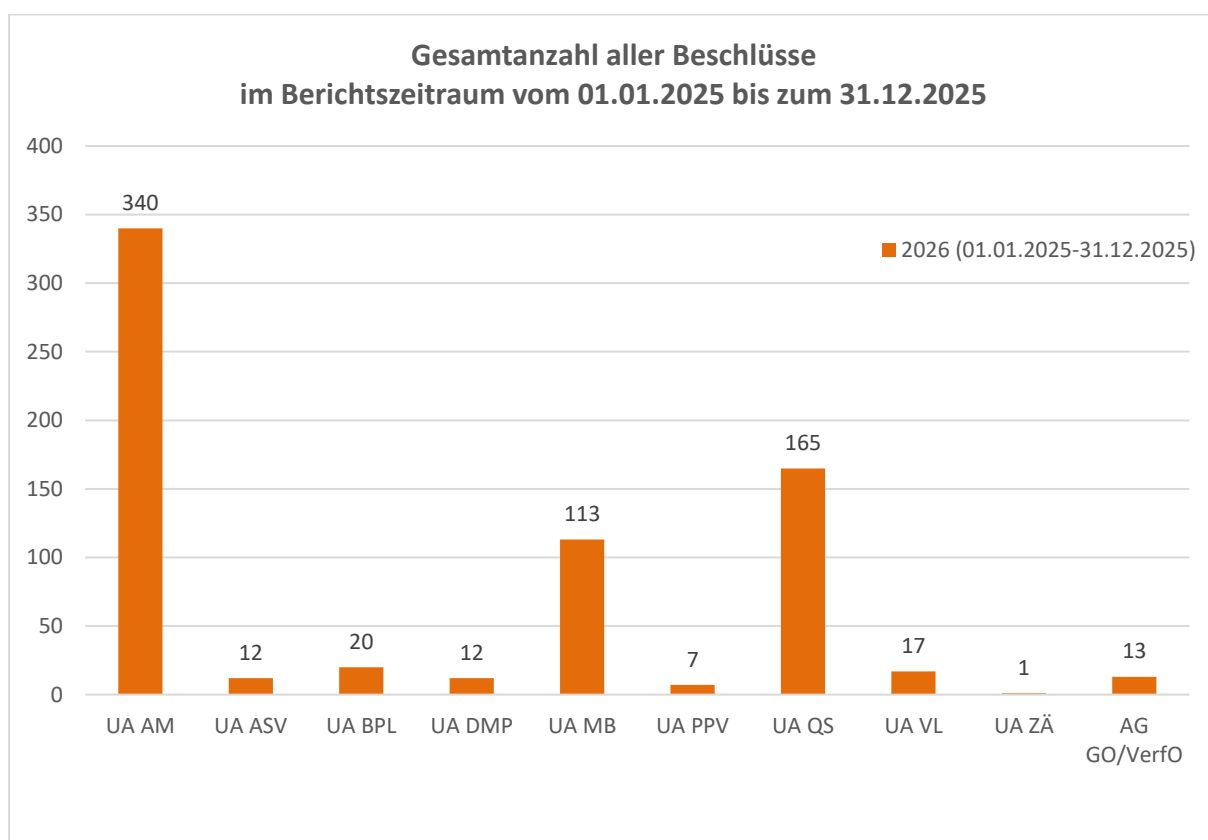
A (Prüfung und ggf. Erweiterung des Indikatorensets) wurde am 28.05.2025 vorgelegt. Teil B (Machbarkeitsprüfung) soll bis zum 15.05.2026 abgeschlossen werden. Zudem wurde im Plenum am 18.12.2025 die IQTIG-Beauftragung zur Spezifikation des QS HSMDEF beschlossen.

- 9) Der UA QS wurde mit Beschluss des Innovationsausschusses vom 15.12.2022 gebeten, die **Ergebnisse des Projektes Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) (UA QS)** hinsichtlich der Möglichkeiten zur Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie zur Entwicklung datengestützter Qualitätssicherungsverfahren zu berücksichtigen und deren Einbeziehung in die einrichtungsvergleichende Berichterstattung des G-BA gemäß § 136a Abs. 6 SGB V zu prüfen. Mit Beginn des parlamentarischen Verfahrens zum KHVVG hat der UA QS seine Beratungen zunächst eingestellt. Nach dem Inkrafttreten des KHAG wird er sie wieder aufnehmen.

5. Darstellung der Beschlüsse und Verfahren 2025

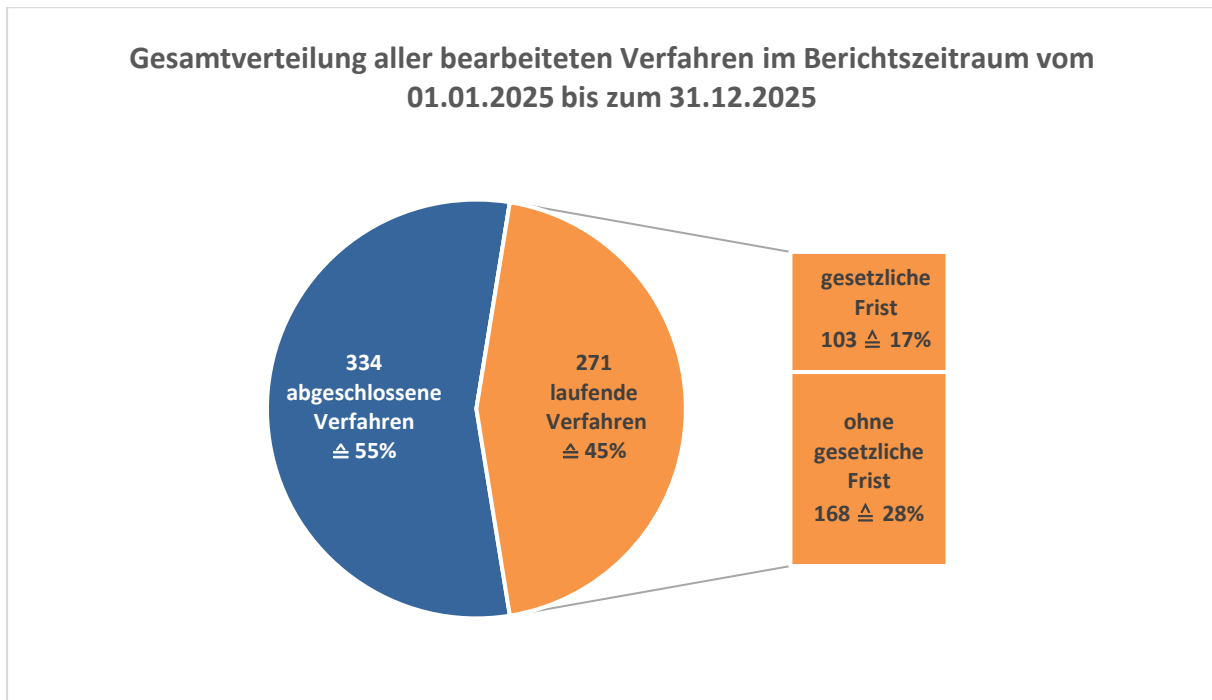
Der G-BA hat im Jahr 2025 insgesamt 700 Beschlüsse gefasst (siehe Abb. 2) und 605 Verfahren bearbeitet. Hiervon sind 334 Verfahren abgeschlossen worden und weitere 271 Verfahren laufen derzeit noch weiter.

Abbildung 2: Gesamtzahl aller Beschlüsse nach Unterausschuss



Von den 271 aktuell zu beratenden Verfahren gilt für 103 Verfahren eine gesetzliche Frist und für 168 Verfahren eine Berichtspflicht nach einer Verfahrensdauer von über drei Jahren (siehe Abb. 3).

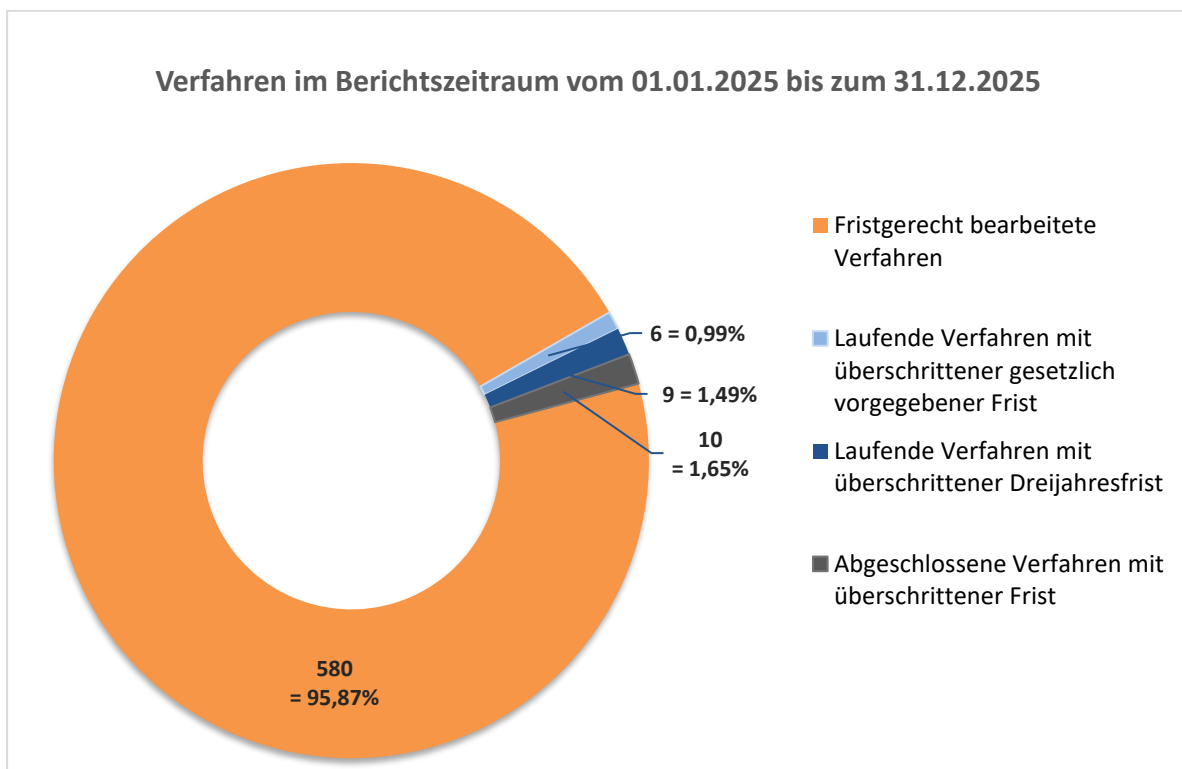
Abbildung 3: Gesamtverteilung aller bearbeiteten Verfahren im Berichtszeitraum



Von den 103 derzeit noch laufenden Verfahren mit gesetzlicher Frist werden voraussichtlich 97 innerhalb der entsprechenden Frist abgeschlossen, 6 überschreiten diese bereits. Von den 168 laufenden Verfahren ohne gesetzliche Frist werden voraussichtlich 159 Verfahren innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren abgeschlossen, 9 Verfahren überschreiten bereits diese maximale Verfahrensdauer. Von den 334 abgeschlossenen Verfahren konnten 324 Verfahren fristgerecht abgeschlossen werden, 10 Verfahren überschritten eine Frist.

Es ist somit festzuhalten: Im Zeitraum vom 01.01.2025 bis zum 31.12.2025 wurden im G-BA insgesamt 605 Verfahren bearbeitet. Diese setzen sich aus 271 laufenden Verfahren und 334 abgeschlossenen Verfahren zusammen. 580 Verfahren bzw. knapp 96 % konnten dabei 2025 fristgerecht bearbeitet werden. Lediglich 6 Verfahren bzw. 0,99 % aller im G-BA beratenen Verfahren konnten nicht im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Frist abgeschlossen werden und 9 Verfahren bzw. 1,49 % aller Verfahren dauern mehr als drei Jahre an. Weiterhin konnten 10 Verfahren bzw. 1,65 % aller Verfahren, deren Frist bereits überschritten war, nun abgeschlossen werden (siehe Abb. 4).

Abbildung 4: Bearbeitete Verfahren im Berichtszeitraum



6. Fazit

Kernaufgabe des G-BA ist es, im Auftrag des Gesetzgebers dazu beizutragen, die Gesundheitsversorgung auch unter schwieriger werdenden Rahmenbedingungen dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar zu halten. Die im Bericht dargestellten Beschlüsse des G-BA aus dem Jahr 2025 zeigen, welchen Beitrag die gemeinsame Selbstverwaltung dazu leisten kann.

Das deutsche Gesundheitswesen sieht sich mit strukturellen Herausforderungen konfrontiert. Steigende Leistungsausgaben, medizinisch-technischer Fortschritt und demografische Veränderungen erhöhen den Druck auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig verändert sich mit einer älter werdenden Bevölkerung auch der Versorgungsbedarf. Chronische Erkrankungen und komplexere Krankheitsverläufe nehmen zu und erfordern eine stärker koordinierte und langfristige Behandlung.

Vor diesem Hintergrund stellt sich zunehmend die Frage, wie die Versorgung dauerhaft gesichert und gleichzeitig finanzierbar gehalten werden kann, ohne auf innovative Diagnostik und Behandlung zu verzichten. Eine nachhaltige und damit zukunftsfeste Gesundheitsversorgung bedeutet nicht in erster Linie kurzfristige Einsparungen. Vielmehr ist entscheidend, die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Systems langfristig zu erhalten. Dafür braucht es Entscheidungen, die sowohl die aktuelle Versorgung gewährleisten als auch zukünftige Belastungen berücksichtigen.

Für diese Aufgaben ist das deutsche Gesundheitssystem institutionell gut aufgestellt. Der G-BA als höchstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung übersetzt gesetzliche Vorgaben in konkrete und verbindliche Regeln für die Versorgung. Ihre Entscheidungen beruhen auf wissenschaftlicher Bewertung und folgen transparenten Verfahren. Dadurch entstehen Regelungen, die nicht nur kurzfristig wirken, sondern auch langfristige Entwicklungen im Versorgungssystem beeinflussen.

Die im Bericht dargestellten Beschlüsse veranschaulichen, wie die gemeinsame Selbstverwaltung im G-BA in verschiedenen Themenfeldern zu einer langfristig tragfähigen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung beitragen kann.

- Ein Beispiel betrifft den Arzneimittelbereich. Durch die Regelung zur Austauschbarkeit von Biologika und Biosimilars wurden klare Voraussetzungen geschaffen, unter denen Apotheken ein verordnetes Biologikum durch ein preisgünstigeres Biosimilar ersetzen dürfen. Dadurch ist es möglich, medizinisch gleichwertige Therapien wirtschaftlicher

einzusetzen, ohne die Sicherheit oder Wirksamkeit der Behandlung zu beeinträchtigen. Gerade im Arzneimittelbereich, in dem die Ausgaben in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen sind, trägt eine solche evidenzbasierte Regelung dazu bei, vorhandene Ressourcen effizient zu nutzen und eine gute Patientenversorgung heute wie morgen im Blick zu behalten.

- Ein weiteres Beispiel betrifft die Früherkennung schwerer Erkrankungen. Mit der Einführung der Lungenkrebs-Früherkennung für definierte Hochrisikogruppen wurde ein strukturiertes Screening in die Regelversorgung aufgenommen. Vorausgegangen war eine ministerielle Verordnung zur Zulässigkeit des Verfahrens in diesem konkreten Setting. Das Ziel besteht darin, eine Erkrankung mit häufig ungünstigem Verlauf möglichst früh zu erkennen und dadurch die Behandlungschancen zu verbessern. Frühzeitige Diagnosen können dazu beitragen, schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden und somit gesundheitliche und wirtschaftliche Belastungen zu verringern. Die Ausgaben für ein solches neues Früherkennungsangebot sind ein Beispiel für nachhaltiges Denken in der Gesundheitsversorgung. Eine Investition, die sich mittel- und langfristig auszahlt.
- Schließlich ein Beispiel aus einem dritten Bereich, aus der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. Qualitätssicherung bedeutet nach dem Verständnis des Gesetzgebers, verbindliche Standards mit Pflichtcharakter festzulegen, so dass deren Nichteinhaltung Sanktionen oder Leistungsausschlüsse nach sich zieht. Im Berichtsjahr hat der G-BA die Mindestmengenregelung für den Kniegelenkersatz neu gefasst und differenziert ausgestaltet. Künftig gelten getrennte Mindestmengen für unterschiedliche Eingriffsarten, für das erstmalige Einsetzen einer Knie-Totalendoprothese, für Teilprothesen und für Revisionseingriffe. Hintergrund dieser differenzierten Ausgestaltung ist die wissenschaftliche Erkenntnis, dass es sich um eigenständige Fallkonstellationen beziehungsweise unterschiedliche Eingriffe handelt, die jeweils spezifische Anforderungen haben. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag an den G-BA sollen Mindestmengen sicherstellen, dass komplexe aber planbare Eingriffe in Krankenhäusern mit ausreichender Routine durchgeführt werden. Sie tragen somit dazu bei, die Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten bundesweit zu verbessern, ganz egal in welchem Bundesland sie in ein Krankenhaus gehen. Zugleich helfen Mindestmengen auch die Versorgungsstrukturen langfristig qualitätsorientiert weiterzuentwickeln.

Die genannten Beispiele zeigen, dass nachhaltige Steuerung im Gesundheitswesen unterschiedliche Dimensionen umfasst: den wirtschaftlichen Einsatz vorhandener Mittel, das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Erkrankungen sowie die Sicherung hoher Qualitätsstandards in der Versorgung. Aus solchen Bausteinen setzt sich ein gutes und zukunftsfestes Versorgungsangebot zusammen.

Der aktuelle Bericht des G-BA zeigt zugleich, dass die guten inhaltlichen Entscheidungen verlässlich sowie mit einem effektiven und effizienten Einsatz von Ressourcen erfolgt sind. 580 Verfahren konnte der G-BA fristgerecht abschließen, das sind fast 96 Prozent. Auch das ist ein Erfolg der gemeinsamen Selbstverwaltung im G-BA und bestätigt sein Vorgehen. Zugleich sind die Zahlen auch Ansporn für uns, nicht nachzulassen und weiterhin unseren Beitrag zu leisten, um die Stabilität und Leistungsfähigkeit der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung dauerhaft zu sichern. Damit stärken wir auch das Vertrauen von Patientinnen und Patienten wie auch von Beitragszahlenden in Institutionen der Gesundheitsversorgung.

Berlin, den 31.03.2026

Prof. Josef Hecken

Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

Anhang

Anhang 1.1: Tabelle 1: Beratungsverfahren und Beschlüsse nach Unterausschüssen

	AM	ASV	BPL	DMP	MB	PPV	QS	VL	ZÄ	AG GO/ VerfO	Insg.
Anzahl Beschlüsse (01.01.2025- 31.12.2025)	340	12	20	12	113	7	165	17	1	13	700
Davon abgeschlos- sene Verfahren	224	6	9	5	33	2	40	10	1	4	334
Davon abgeschlos- sene Verfahren mit überschnittener Frist (gesetzlich oder > 3 Jahre)	1	0	1	1	1	0	6	0	0	0	10
Laufende Verfahren zum 31.12.2025	103	4	4	11	50	6	86	6	1	0	271
Davon Verfahren <u>mit gesetzlicher Frist</u>	71	0	1	0	18	1	12	0	0	0	103
mit eingehaltener gesetzlicher Frist	71	0	0	0	18	1	7	0	0	0	97
mit überschrittener gesetzlicher Frist	0	0	1	0	0	0	5	0	0	0	6
Davon Verfahren <u>ohne gesetzliche Frist</u>	32	4	3	11	32	5	74	6	1	0	168
kürzer als 3 Jahre in Beratung	32	4	3	11	32	5	65	6	1	0	159
länger als 3 Jahre in Beratung	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	9
Insgesamt bearbei- tete Verfahren (01.01.2025- 31.12.2025)	327	10	13	16	83	8	126	16	2	4	605

Anhang 1.2: Tabelle 2: Ausgesetzte Verfahren aufgrund laufender Studien

Verfahren	Ende der Aussetzung
Irreversible Elektroporation bei chronischer Bronchitis	31.12.2024
Endoskopische Thermoablation der Duodenalschleimhaut bei Diabetes Typ 2	31.07.2025
Radiofrequenzablation, transzervikal, mit intrauteriner Ultraschallführung	31.12.2025
SZT beim Multiplen Myelom, allogene SZT in der Erstlinientherapie und autologe Mehrfachtransplantation	31.12.2026
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) beim hepatozellulären Karzinom	30.04.2027
Interatrialer Shunt bei Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF \geq 40 %)	31.12.2027
Interatrialer Shunt bei Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF < 40 %)	31.12.2027
Koronarsinusverengung bei Angina pectoris	31.12.2027
Gezielte Lungendenerverierung mittels Katheterablation bei COPD	31.03.2029

Anhang 1.3: Tabelle 3: Ausgesetzte Verfahren aufgrund einer Erprobung

Verfahren	Ende der Aussetzung
Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen	30.11.2025
High-Flow-Therapie zur Selbstanwendung bei fortgeschrittener chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder chronisch respiratorischer Insuffizienz	30.04.2027
Tonsillotomie bei rezidivierender akuter Tonsillitis	31.08.2027
Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem	31.12.2027
Traktionstherapie bei Induratio Penis Plastica	31.07.2028