

Gemeinsamer Bundesausschuss
Geschäftsbericht

2025

Der G-BA in Zahlen

5 117

Personen haben sich in den Plenums-Livestream vom 17. Juli 2025 zugeschaltet – ein Jahresrekord.

95

Prozent der Publikationen des G-BA wurden 2025 auf Recyclingpapier gedruckt.

329

laufende Projekte aus den Bereichen „Neue Versorgungsformen“ und „Versorgungsforschung“ wurden 2025 durch den Innovationsausschuss betreut.

12

Milliarden Euro Einsparungen brachten die AMNOG-Nutzenbewertungen dem Gesundheitssystem 2025.

50

Jahre – dieses Alter gilt für Frauen und Männer bei der Darmkrebsfrüherkennung seit 2025.

6

zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen wurden zur Dokumentation im Gelben Heft beschlossen.

30

Prozent monatlichen Follower-Zuwachs auf LinkedIn weist der G-BA seit seinem Social-Media-Start im Jahr 2025 auf.

25

Indikationen gab es Ende 2025, für die die Bildung von ASV-Teams möglich war.

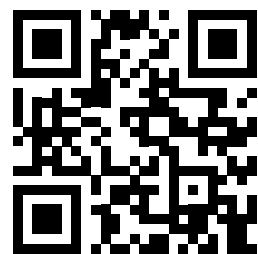
14

Mindestmengen für planbare medizinische Leistungen hat der G-BA bis Ende 2025 festgelegt.

75 Millionen Menschen

sind in Deutschland gesetzlich krankenversichert. Sie haben Anspruch auf eine – so formuliert es der Gesetzgeber – ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Denn die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen so eingesetzt werden, dass Betroffene auch wirklich davon profitieren und die Krankenversicherung zugleich für alle bezahlbar bleibt. Angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts, der auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor ist, bleibt dies eine besondere Herausforderung. Bei der Bewältigung dieser Aufgabe spielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine zentrale Rolle.

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



In der **Online-Version** des Geschäftsberichts können Sie die im Text verlinkten Inhalte einsehen. Zudem finden Sie dort Quellenangabe zu allen groß ausgeworfenen Zahlenangaben:
[g-ba.de/gb2025](https://www.g-ba.de/gb2025)

Inhalt

2 Editorial



5 Leistungen ausbauen

- 6 Lungenkrebs-Früherkennung für stark Rauchende
- 7 Arzneimittel zur Tabakentwöhnung
- 8 Liposuktion bei allen Stadien des Lipödems
- 10 Zahnärztliche Früherkennung ist nun Teil des Gelben Heftes
- 11 Hilfsmittel-Versorgung bei komplexen Bedarfen vereinfacht



13 Versorgung und Qualität verbessern

- 14 Austausch verordneter Biologika in der Apotheke
- 15 AMNOG: Start der EU-HTA-Bewertungen
- 18 Behandlungsprogramme auf neuestem Stand
- 20 ASV zu Skelettsystemfehlbildungen und Kurzdarmsyndrom
- 22 Differenzierte Mindestmengen beim Kniegelenkersatz



25 Der Gemeinsame Bundesausschuss

- 26 Zusammensetzung und Arbeitsweise
- 28 Fristenmonitoring: Alle Verfahren im Blick
- 30 Die Mitglieder des G-BA-Plenums
- 32 Die Geschäftsstelle
- 35 Recherchetipps
- 37 Quellennachweise zu herausgehobenen Zahlen in den Sachkapiteln
- 38 Impressum

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der G-BA wird oft als „Maschinenraum des Gesundheitswesens“ bezeichnet. Dieses etwas technische Bild zeigt gut, dass unsere Regelungen viele Aspekte der Gesundheitsversorgung in Deutschland grundsätzlich betreffen. Wie bei einer gut eingestellten Maschine sollen einzelne Teile ohne Verluste ineinandergreifen und das System am Laufen halten. Übertragen auf den G-BA heißt das: Gesetzlich Krankenversicherte sollen auf hohem Niveau bedarfsgerecht, entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen und qualitativ abgesichert behandelt werden. Die konkreten und verbindlichen Vorgaben dafür – auf Basis der Aufträge aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – kommen vom G-BA; das ist unsere Aufgabe.

Mit 700 Einzelbeschlüssen lagen wir 2025 abermals über dem Volumen des Vorjahres. Zugleich konnten wir erneut auf hohem Niveau die gesetzlichen Fristen der 605 Beratungsverfahren zu 96 Prozent einhalten. Auf den folgenden Seiten zeigen wir zehn ausgewählte Beispiele unserer Arbeit, die das Jahr 2025 besonders prägten. Den Anfang machen zwei öffentlich besonders stark beachtete Beschlüsse: Die seit diesem Jahr stadienunabhängig verordnungsfähige Liposuktion beim Lipödem (S. 8) und die neu eingeführte Lungenkrebs-Früherkennung für starke aktive sowie ehemalige Raucherinnen und Raucher (S. 6). Viel Resonanz auf fachlicher Ebene gab es auch zu unseren neuen Regelungen zum Austausch von Biologika in Apotheken (S. 14) und zu veränderten Mindestmengen für Kliniken, die als geplante Operation Knieendoprothesen setzen und austauschen (S. 22). Weitere Beispiele finden Sie auf den folgenden Seiten. Ziel all dieser Entscheidungen ist es, die Gesundheitsversorgung sicherer, zielgenauer und effizienter zu machen und Neues dorthin zu bringen, wo es sinnvoll und nutzenbelegt wirkt.

Dies alles tun und entscheiden wir in unruhigen Zeiten. Die derzeitige Situation der gesetzlichen Krankenversicherung ist dramatisch. Ohne Maßnahmen wird ab 2027 eine Finanzierungslücke in zweistelliger Milliardenhöhe erwartet. Wenn die Beiträge und damit die Lohnnebenkosten nicht weiter steigen sollen, besteht ein enormer Handlungsdruck: kurzfristig, um Finanzlücken zu schließen, langfristig, um Strukturänderungen zu etablieren. In einer alternden Gesellschaft mit wachsendem Versorgungsbedarf, weniger Beitragszahlenden und Fachkräftemangel ist das eine enorme Herausforderung. Hinzu kommen kostenintensive Mehrausgaben durch neue Medikamente und Therapien, die für Patientinnen und Patienten Hoffnung und Segen bedeuten können, zugleich aber auch exponentielle Ausgabensteigerungen.



Dr. Christian Igel

*Geschäftsführer
des G-BA*



Prof. Josef Hecken
Unparteiischer Vorsitzender
des G-BA

Die Politik war und ist immer wieder versucht, Gelder der gesetzlichen Krankenversicherung zweckentfremdet zu verwenden. Sei es mit dem Ziel, Wirtschaftsförderung zu betreiben, oder als aktuelles Beispiel, um die Beiträge für die Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängern zu finanzieren. Diese Verschiebebahnhöfe darf es nicht länger geben. Und bei all dem darf nicht übersehen werden, dass auch Investitionen notwendig sind. Denn wer ein gesamtgesellschaftliches anderes Verständnis für Prävention aufbauen will, so wie es viele Gesundheitspolitikerinnen und -politiker einfordern, muss erst einmal Geld in die Hand nehmen. Bei vielem kann der G-BA mit seiner Arbeit zur Lösung beitragen. Denn die wissenschaftlich fundierte Nutzenorientierung steht bei seinen Entscheidungen immer an erster Stelle. Wir betrachten es als unsere Aufgabe sicherzustellen, dass echte Innovationen auch weiterhin bei allen Patientinnen und Patienten ankommen. Aber eben nur dann, wenn der Nutzen auch wissenschaftlich belegbar ist. Bei den anstehenden Reformen sind unseres Erachtens die Weiterentwicklung der Notfallversorgung, der Aufbau eines Primärversorgungssystems, der Abbau von Bürokratie und ein Vorantreiben der Digitalisierung sicherlich die drängendsten.



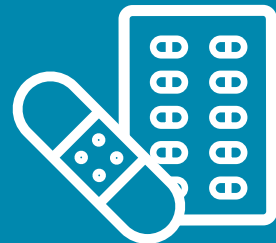
Karin Maag
Unparteiisches Mitglied
des G-BA



Dr. med. Bernhard van Treeck
Unparteiisches Mitglied
des G-BA

Zum Zeitpunkt, an dem diese Zeilen entstehen, ist noch nicht klar, welche der Vorschläge der GKV-Finanzkommission zur Kostenkonsolidierung politisch am Ende tatsächlich umgesetzt werden. Denn die parlamentarische Diskussion beginnt erst. Klar ist aber bereits, dass über das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), das am 15. April 2026 in Kraft trat, neue Aufgaben auf den G-BA zugekommen sind. Zum einen werden wir den sogenannten Klinikatlas übernehmen und perspektivisch weiter ausbauen. Das verstehen wir als Auftrag und Chance, eine gute, nutzerfreundliche Informationslösung bei der Suche nach medizinischen Einrichtungen für Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen zu gestalten. Zum anderen soll künftig ein Screening in allen deutschen Krankenhäusern bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten Pflicht werden, um Mangelernährung zu erkennen. Bis Ende 2027 soll der G-BA dazu eine Qualitätssicherungs-Richtlinie erarbeiten. Damit kommen sinnvolle und neue Herausforderungen auf uns zu.

Wir möchten an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, allen zu danken, die im zurückliegenden Jahr an unseren Entscheidungen mitgewirkt haben: den Mitgliedern der Gremien, den Mitarbeitenden der G-BA-Geschäftsstelle, den Fachpersonen in den von uns beauftragten wissenschaftlichen Instituten und den vielen Stellungnehmenden. Ohne sie wäre unsere Arbeit nicht möglich.



Leistungen ausbauen



In der **Online-Version** des Geschäftsberichts können Sie die im Text verlinkten Inhalte einsehen. Zudem finden Sie dort Quellanweise zu allen groß ausgeworfenen Zahlenangaben:
g-ba.de/gb2025

Lungenkrebs-Früherkennung für stark Rauchende

Menschen mit einem starken Zigarettenkonsum haben ein hohes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. Doch je früher ein solcher Krebs entdeckt wird, umso besser sind die Heilungschancen.



Deshalb wird die Lungenkrebs-Früherkennung ab April 2026 unter bestimmten Voraussetzungen zu einer neuen Krankenkassen-Leistung.

Starke Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren können künftig alle zwölf Monate eine Untersuchung der Lunge mit einer Niedrigdosis-Computertomographie (NDCT) wahrnehmen. Der **➤ Beschluss** des G-BA vom 18. Juni 2025 setzt die **➤ Lungenkrebsfrüherkennungs-Verordnung** um, die das Verfahren unter vorgegebenen Voraussetzungen strahlenschutzrechtlich für zulässig hält. Bei der Ausgestaltung des Screenings stützte sich der G-BA

auf den vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ermittelten wissenschaftlichen **➤ Forschungsstand**. Zielgruppe des Screenings und damit teilnahmeberechtigt sind künftig Versicherte, die mindestens 25 Jahre geraucht haben – wobei der Zigarettenkonsum noch andauert oder vor weniger als zehn Jahren beendet wurde. Der Umfang muss rechnerisch mindestens 15 Packungsjahre entsprechen. Der G-BA hat eine **➤ Broschüre zum Lungenkrebs-Screening** entwickelt. Sie soll Anspruchsberechtigten helfen, gut informiert zu entscheiden, ob sie teilnehmen wollen.



Dr. med. Bernhard van Treeck

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



In Deutschland erkranken jährlich etwa 57 000 Menschen an Lungenkrebs, meistens verursacht durch langjähriges und starkes Rauchen von Zigaretten. Die neue Früherkennung zielt darauf ab, gerade den besonders gefährdeten Personenkreis der aktiven oder ehemaligen Raucherinnen

und Raucher möglichst früh zu erreichen. Da auf der Hand liegt, dass ein Rauchstopp eigentlich „die beste Medizin“ wäre, sollten die Ärztin oder der Arzt beim Gespräch über das Lungenkrebs-Screening die noch aktiven Raucherinnen und Raucher auch über die verschiedenen Möglichkeiten zur Tabakentwöhnung informieren.

Bei der Entwicklung dieser neuen Früherkennungsuntersuchung haben wir auf der ministeriellen Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung zum Strahlenschutz vom Juli 2024 aufgesetzt. Um den medizinischen Nutzen des Screenings sicherzustellen, sind hier bereits strenge qualitätssichernde Anforderungen vorgesehen.

Arzneimittel zur Tabakentwöhnung



Rauchen ist in Deutschland nach wie vor der bedeutendste vermeidbare Risikofaktor für Krebs. Gesetzliche Krankenkassen bieten evidenzbasierte Programme zur Tabakentwöhnung an; unterstützend können jetzt bei schwerer Tabakabhängigkeit auch Arzneimittel eingesetzt werden.

Als Kassenleistung können starken Raucherinnen und Rauchern im Rahmen evidenzbasierter Tabakentwöhnungsprogramme nun auch Arzneimittel mit den Wirkstoffen Nicotin oder Vareniclin verordnet werden. Eine Kombination der Wirkstoffe bleibt jedoch von der Verordnung ausgeschlossen. Grundlage für die Auswahl der Wirkstoffe war eine **Nutzenbewertung des IQWiG**. Drei Monate nach Behandlungsbeginn wird ärztlich geprüft, ob eine medikamentöse Unterstützung weiterhin notwendig ist. Wird die Raucherin oder der Raucher später rückfällig, besteht frühestens nach drei Jahren erneut Anspruch. Der **Beschluss** dazu ist seit 20. August 2025 in Kraft.

127 000

Menschen pro Jahr etwa sterben in Deutschland an den Folgen des Rauchens.

Schwere Tabakabhängigkeit

GKV-Leistung ist die Kostenübernahme für Arzneimittel zur Tabakentwöhnung nur für Versicherte mit einer schweren Tabakabhängigkeit. Der G-BA definierte deshalb, wann eine schwere Tabakabhängigkeit vorliegt: Ausgehend von der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak; Abhängigkeitssyndrom“ muss die Ärztin oder der Arzt den Schweregrad feststellen. Bei einer Selbsteinschätzung der Raucherin oder des Rauchers mithilfe des Fagerström-Tests

für Zigarettenabhängigkeit ist ab einem Punktwert von 6 von einer schweren Tabakabhängigkeit auszugehen. Dies ist auch der Fall, wenn ein Tabakverzicht trotz bestehender medizinischer Risiken wie Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) / Asthma nicht gelingt.

Evidenzbasierte Programme

Zudem legte der G-BA Anforderungen für evidenzbasierte Programme zur Tabakentwöhnung fest, in deren Rahmen Anspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung besteht: Es gelten im Wesentlichen die Qualitätskriterien der gesetzlichen Krankenkassen für bestehende Präventionsprogramme. Auf Basis des aktuellen medizinischen Erkenntnisstands muss beispielsweise Hintergrundwissen zum Rauchverhalten und zur Tabakentwöhnung vermittelt werden. Weitere Anforderungen betreffen die Methodik und Dauer des Programms sowie die Qualifikation der Kursleitung bei Präsenz- und Onlinekursen. Digitale Programme müssen außerdem gesetzliche Vorgaben erfüllen.



Grundsätzlich sind in Deutschland Arzneimittel zur Raucherentwöhnung von der Verordnung zulasten der GKV ausgeschlossen. Mit dem **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)** eröffnete der Gesetzgeber jedoch in **§ 34 Absatz 2 SGB V** eine Ausnahme und beauftragte den G-BA, die Voraussetzungen festzulegen.

Liposuktion bei allen Stadien des Lipödems

Der G-BA hat die Liposuktion (operative Fettgewebsreduzierung) beim Lipödem zur regulären GKV-Leistung gemacht, und zwar unabhängig vom Stadium dieser chronischen Erkrankung.



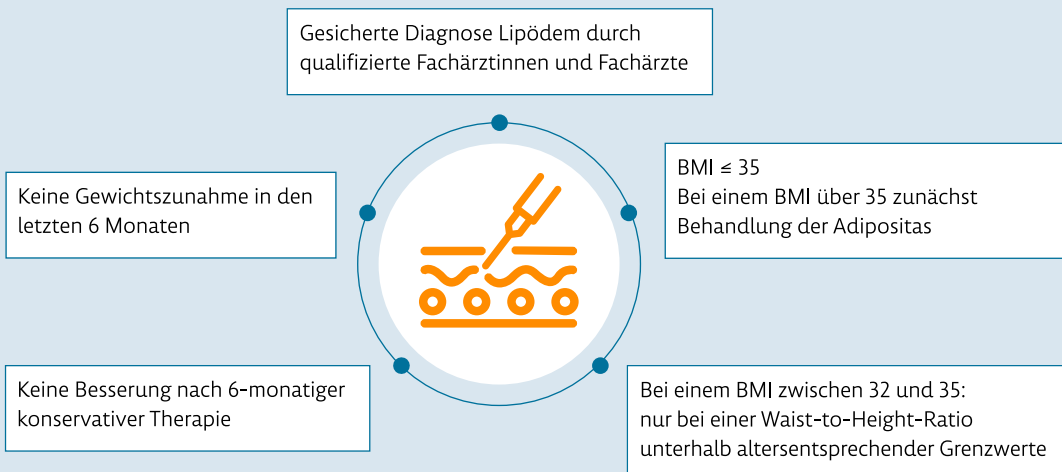
Allerdings gelten für den Einsatz dieser Operation bestimmte Voraussetzungen. Bislang war die Liposuktion durch eine zeitbefristete Ausnahmeregelung nur bei einem Lipödem im Stadium III verfügbar.

Das Lipödem ist eine schmerzhafte, disproportional, symmetrische Fettgewebsverteilungsstörung an den Beinen und ggf. Armen. Diese chronische Erkrankung kommt fast ausschließlich bei Frauen vor. Eine Liposuktion, ein operativer Eingriff, bei dem das krankhaft veränderte Unterhautfettgewebe des Lipödems reduziert wird, kann dazu beitragen, dass sich die Schmerzen und eventuell vorhandene Bewegungseinschränkungen verringern.

Diese Methode wurde mit drei Beschlüssen des G-BA vom 17. Juli 2025 für die **ambulante** und **stationäre** Versorgung verbunden mit **Qualitätssicherungsvorgaben** unter bestimmten Voraussetzungen eine Kassenleistung – und zwar unabhängig vom Krankheitsstadium.

Am 9. Oktober 2025 traten sie in Kraft. Wissenschaftliche Grundlage der Entscheidung sind erste Ergebnisse einer vom G-BA veranlassten Erprobungsstudie. Sie belegen, dass die operative Fettgewebsreduzierung deutliche Vorteile gegenüber dem bisherigen Therapiestandard hat. Dieser besteht aus einer Kompressionstherapie oder einer komplexen physikalischen Entstauungstherapie (einer Kombination aus Kompressionstherapie, Bewegung, Hautpflege und manueller Lymphdrainage). Durch die Entfernung des krankhaft vermehrten Fettgewebes bei der Liposuktion konnten die Krankheitsbeschwerden der Betroffenen besser gelindert werden, so die ersten Ergebnisse der Studie.

Voraussetzungen für eine Liposuktion





Dr. med. Bernhard van Treeck

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

» Die Aufnahme der Liposuktion beim Lipödem in den GKV-Leistungskatalog – erstmals stadienunabhängig, aber unter klaren Voraussetzungen – war 2025 sicherlich die in der Öffentlichkeit meistbeachtete Entscheidung des G-BA. Der Leidensdruck der Betroffenen war dem G-BA von Anfang an bewusst. Und alle Beteiligten beim G-BA hätten sich zu Beginn des Verfahrens eine bessere Studienlage gewünscht, aber die war leider nicht vorhanden.

Hier konnten wir unsere Möglichkeit nutzen, hochwertige Erprobungsstudien zu initiieren. Mit der Studie LIPLEG konnte der G-BA sektorenübergreifend Daten generieren, sodass erstmals eine Methodenbewertung auf Basis von Ergebnissen einer solchen Studie möglich wurde.

Dreizehn Erprobungsstudien laufen derzeit im G-BA, fünf befinden sich in Vorbereitung. Sie werden Klarheit über den Nutzen von neuen Methoden schaffen. Dennoch kann dies nicht zur Regel werden. Medizinprodukte-Hersteller bleiben in erster Verantwortung. Bei ihnen – und nicht bei der Gemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten – liegt es, mit hochwertigen Vergleichsstudien den Wert ihrer Produkte zu belegen. Um diese Verantwortung klarzustellen, bräuchte es eine gesetzliche Änderung.

Die Erprobungsstudie LIPLEG

Die Erprobungsstudie **LIPLEG** zur Liposuktion beim Lipödem der Stadien I bis III ist die weltweit erste randomisiert kontrollierte Studie, die die Behandlung international auf diesem hohen Niveau untersucht. Die Studie hat zwei Studienarme und vergleicht jeweils über einen Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten – sowie ergänzend eine weitere Nachbeobachtungszeit von 24 Monaten – die Situation der Betroffenen, die mit dem Therapiestandard behandelt wurden, mit denen, die eine Liposuktion erhalten haben. Ausgewertet werden u. a. Beinschmerzen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Neigung zu Depressionen, Hämatomen und Ödemen, der Körperfettanteil, der Beinumfang und die Bewegungseinschränkung. In den Tragenden Gründen zu den Beschlüssen sind die bisherigen Ergebnisse zu finden.



Die Beschlüsse des G-BA vom 17. Juli 2025 für die **ambulante** und **stationäre** Versorgung traten am 9. Oktober 2025 in Kraft. Die Voraussetzungen regelt die **Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem**. Bevor die Liposuktion auch im Stadium I und II eine ambulante Kassenleistung wird, legt der Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Abrechnungsziffern fest.

Zahnärztliche Früherkennung ist nun Teil des Gelben Heftes

Die sechs zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zwischen dem sechsten Lebensmonat und dem vollendeten sechsten

Lebensjahr sind wesentlicher Bestandteil zur Vorbeugung von Karies und anderen Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Seit 2026 werden sie im Untersuchungsheft für Kinder („Gelbes Heft“) dokumentiert. Dies soll das Bewusstsein für die Bedeutung der Zahngesundheit weiter fördern.



Um die zahnärztliche Früherkennung bei Kindern zu stärken und Eltern besser zu informieren, hat der G-BA das Gelbe Heft angepasst. Jetzt werden die Ergebnisse der sechs zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (Z1–Z6) in einem eigenen Abschnitt dokumentiert und durch strukturierte Hinweise für die Eltern ergänzt. Damit wird das Gelbe Heft – wie bereits bei den ärztlichen Untersuchungen – das zentrale Instrument zur Dokumentation und Kommunikation auch für die zahnärztliche Früherkennung. Eltern erhalten nun für die ärztliche und zahnärztliche Früherkennung alle relevanten Informationen aus einer Hand.

Zahnärztliche Früherkennung

Zum Leistungsumfang der sechs zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen gehören insbesondere

- die Untersuchung der Mundhöhle,
- die Einschätzung des individuellen Kariesrisikos,
- die Beratung zu Ernährungsrisiken durch zuckerhaltige Speisen und Getränke sowie zur Mundhygiene und
- die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen.

Die neuen Regelungen zur Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennung im Gelben Heft hat der G-BA mit Beschluss vom **15. Mai 2025** etabliert. Er trat am 1. Januar 2026 in Kraft. Mehr Informationen zum Thema finden Sie [hier](#).

Z2 10.–20. Lebensmonat	Z3 21.–33. Lebensmonat
<p>Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aufklärung über die Ätiologie oraler Erkrankungen ■ Ernährungsberatung ■ Mundhygieneberatung ■ Praktische Anleitung der Betreuungspersonen zur Mundhygiene beim Kind <p>Empfehlung zur Anwendung von Zahnpaste zu Hause: Morgens und abends die Zähne des Kindes mit Zahnpaste bürsten.</p> <p>Bei Fluoridgebe in Tablettenform: ■ bis zum 12. Lebensmonat Zahnpaste ohne Fluorid</p> <p>Ohne Fluoridgebe in Tablettenform: ■ bis zum 24. Lebensmonat mit einer risikogroßen Menge Zahnpaste mit 1.000 ppm Fluorid</p> <p>Ab dem 12. Lebensmonat: keine Fluoridtabletten, stattdessen Zahnpaste mit 1.000 ppm Fluorid.</p> <p>Maßnahmen in der Zahnarztpraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fluoridlack appliziert ■ Behandlung notwendig <p>Bemerkungen:</p> <hr/> <hr/> <p>Stempel _____ Unterschrift und Datum: _____</p>	<p>Z3</p> <p>Elterninformation zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat</p> <p>Die meisten Kinder bekommen bis zum 30. Lebensmonat die letzten Milchzähne. Das sind die zweiten Backenzähne. Sie befinden sich hinter den ersten Backenzähnen. Das Kind hat damit ein vollständiges Milchgebiss mit 20 Zähnen.</p> <p>In der dritten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung Z3 wird durch Ihre Zahnärztin oder Ihren Zahnarzt festgestellt, ob sich das Milchgebiss altersentsprechend entwickelt hat.</p> <p>Milchzähne sind wichtig für das Abbeißen und das Kauen sowie für das richtige Sprechen. Außerdem haben die Milchzähne eine wichtige Platzhalterfunktion für die bleibenden Zähne.</p> <p>Ihre Zahnärztin oder Ihr Zahnarzt kontrolliert, ob eine Kariesaktivität oder eine Zahnerkrankung (Gingivitis) vorliegt.</p> <p>Dazu kann Ihre Zahnärztin oder Ihr Zahnarzt einschätzen, ob Hinweise für infantiles Schlucken oder eine Sprechstörung vorliegen. So können notwendige Maßnahmen möglichst früh eingeleitet werden.</p> <p>Es wird besonders darauf geachtet, ob sich bei den zweiten Backenzähnen der Zahnschmelz richtig gebildet hat.</p> <p>Auf Grundlage der Ergebnisse von Befunderhebung und Anamnese erhalten Sie u. a. eine Beratung und Anleitung zur Mundhygiene.</p> <p>Gemeinsam mit Ihrer Zahnärztin oder Ihrem Zahnarzt über Sie, wie Sie die Zähne Ihres Kindes am besten bürsten und wie Sie die Menge an Zahnpaste richtig dosieren können.</p> <p>In vielen Fällen wird Ihre Zahnärztin oder Ihr Zahnarzt Fluoridlack auf die Zähne auftragen. Dadurch wird der Zahnschmelz noch besser gegen Karies geschützt.</p>

Die Untersuchungen Z1 bis Z6 sind zusammengefasst am Ende des Gelben Heftes zu finden.

Hilfsmittel-Versorgung bei komplexen Bedarfen vereinfacht

Nach der ärztlichen Verordnung von Hilfsmitteln ist in der Regel eine Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse erforderlich. Doch die Versorgung speziell in komplexen Bedarfssituationen soll leichter und schneller gehen. Deshalb hat der G-BA 2025 entsprechende Vorgaben in seiner Hilfsmittel-Richtlinie geschärft.



Versicherte mit schweren, mehrfachen oder komplexen Behinderungen sind oft auf individuell angepasste Hilfsmittel wie Sitzschalen oder Elektrorollstühle angewiesen. Das Feststellen des genauen Bedarfs, die ärztliche Verordnung und der Genehmigungsprozess gestalten sich gerade bei dieser Patientengruppe oft anspruchsvoll und zeitintensiv. Mit einem [↗ Beschluss](#) vom 20. Februar 2025 hat der G-BA die Vorgaben für die Prüf- und Genehmigungsprozesse in komplexen Bedarfssituationen geändert. Seit 16. Mai 2025 sind die Neuerungen in Kraft.

Ausgangspunkt für die Entscheidung war ein Antrag der Patientenvertretung im G-BA. Dieser Antrag hatte zunächst die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Hilfebedarfen ins Zentrum gestellt. Für diese Altersgruppe ist es besonders wichtig, bedarfsgerechte Hilfsmittel möglichst zeitnah zu bekommen. Denn Verzögerungen oder Fehlversorgungen können sich hier gravierend und dauerhaft negativ auswirken, z. B. auf die sensomotorische, kognitive und sozioemotionale Entwicklung. Mit dem jetzt getroffenen Beschluss sollen sich Abläufe in komplexen Bedarfssituationen für Versicherte deutlich straffen, und zwar für jede Altersgruppe. Mehr Informationen zu den Aufgaben des G-BA beim Thema Hilfsmittel finden Sie [↗ hier](#).



Webtipp

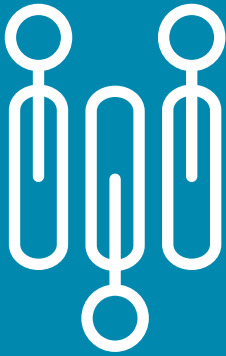
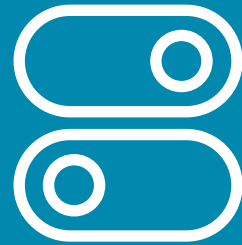
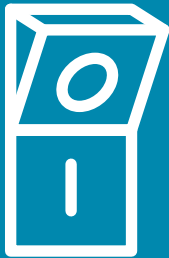
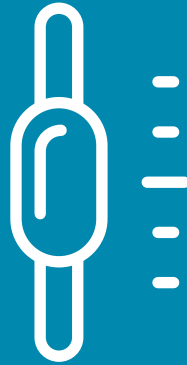
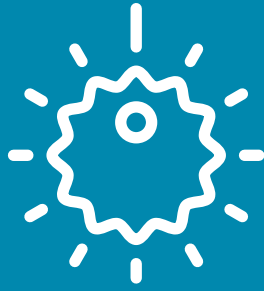
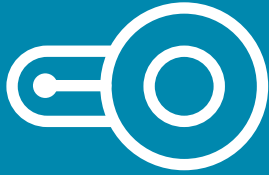
Details und Hintergründe zu den Änderungen erläutert ein [↗ Beitrag](#) in der Zeitschrift „Recht und Politik der Rehabilitation“, 4/2025.

Parallele Gesetzesänderung

Eine vergleichbare Zielsetzung für diesen besonders vulnerablen Personenkreis verfolgte auch die parallel verabschiedete Gesetzesänderung durch das [↗ Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz](#) von 2025: Die Hilfsmittelversorgung für Menschen, die in einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen betreut werden, soll erleichtert werden. Empfiehl ein solches Zentrum ein Hilfsmittel, haben die Krankenkassen künftig davon auszugehen, dass es medizinisch erforderlich ist, sodass eine Einbindung des Medizinischen Dienstes (MD) in das Genehmigungsverfahren entfällt.

7,86

Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland, 22 Prozent haben den höchsten Behinderungsgrad.



Versorgung und Qualität verbessern



In der **Online-Version** des Geschäftsberichts können Sie die im Text verlinkten Inhalte einsehen. Zudem finden Sie dort Quellanweise zu allen groß ausgeworfenen Zahlenangaben:
g-ba.de/gb2025

Austausch verordneter Biologika in der Apotheke

Biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel (Biologika) spielen in der Therapie eine immer größere Rolle. Wegen ihrer finanziellen Relevanz ist gesetzlich vorgesehen, Originale, wenn möglich, gegen oft preisgünstigere Nachahmerprodukte (Biosimilars) auszutauschen. Der G-BA liefert dazu rechtssichere Entscheidungsgrundlagen. 2025 legte er weitere Details zum Austausch von Biologika in Apotheken fest.

Die meisten Biologika wie Insuline, Gerinnungsfaktoren oder Antikörper werden heute meist biotechnologisch hergestellt. Diese Biologika sind eine wichtige Behandlungsoption bei Erkrankungen wie Rheumatoider Arthritis oder Krebs. Mit Ablauf der Schutzrechte für ein Referenzarzneimittel können Biosimilars zugelassen werden, die meist zu einem günstigeren Preis vermarktet werden.

Das Ersetzen verordneter Arzneimittel durch eine preisgünstigere Alternative – die sogenannte Aut-idem-Regelung – ist bei chemisch-synthetisch hergestellten Arzneimitteln ein bewährtes Instrument zur Kosteneinsparung. Für die oftmals hochpreisigen Biologika gab es diese Möglichkeit bislang nur für Infusions- und Injektionslösungen, die in Apotheken patientenindividuell zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung zubereitet werden. Ein [↗ G-BA-Beschluss](#) vom 4. Dezember 2025 ändert das. Seit April 2026 ist er in Kraft getreten und in Apotheken greifen Austauschregeln auch für verordnete Fertigarzneimittel.

Im Ergebnis heißt das: Durch die Abgabe preisgünstiger Biologika können für die Versicherungsgemeinschaft Kosten gespart werden, ohne für die Patientinnen und Patienten die Arzneimitteltherapiesicherheit oder die Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu gefährden.



Webtipp

Über [↗ § 129 Abs. 1a Satz 3 und 5 bis 6 SGB V](#) ist der GBA beauftragt, Hinweise zur Austauschbarkeit von Biologika zu geben. Abschnitt M § 40a der [↗ Arzneimittel-Richtlinie \(AM-RL\)](#) gibt entsprechende Hinweise zur ärztlichen Verordnung und § 40b und c zum Austausch in Apotheken. Dazu informiert [↗ Anlage VIIa der AM-RL](#) über die Zulassungszusammenhänge von Referenzarzneimitteln und ihren Biosimilars. Mehr dazu finden Sie [↗ hier](#).

2,33

Milliarden Euro maximal könnte die GKV durch konsequente Biosimilar-Umstellung jährlich sparen.

AMNOG: Start der EU-HTA-Bewertungen

Jeden neu zugelassenen Arzneimittelwirkstoff prüft der G-BA seit 2011 sofort nach Markteintritt in Deutschland auf seinen Zusatznutzen. Dem nationalen Verfahren wurde 2025 – zunächst nur für Onkologika – eine europäische HTA-Bewertung vorgeschaltet. Auf deren Ergebnisse können alle EU-Staaten gemeinsam zurückgreifen.

Seit Anfang 2025 arbeiten die Mitgliedsstaaten der EU bei der Bewertung neuer Arzneimittel im EU-HTA-Verfahren – der europäischen Nutzenbewertung – zusammen. Am 12. Januar 2025 ist die Verordnung (EU) 2021/2282 zur Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment [HTA]) in Kraft getreten. Hierdurch wurde eine gemeinsame klinische Bewertung der EU-Mitgliedsstaaten vor Durchführung des nationalen Verfahrens etabliert. Das auf europäischer Ebene eingereichte Dossier sowie der Bewertungsbericht (Joint Clinical Assessment [JCA]) werden künftig im AMNOG-Verfahren berücksichtigt (AMNOG: Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz).

13

Wirkstoffe durchlaufen seit 2025 eine EU-HTA-Bewertung.











Durch die europäischen Bewertungsberichte steht für alle EU-Länder eine Beschreibung der klinischen Effekte des jeweiligen Arzneimittels als Grundlage für die weitergehenden nationalen Entscheidungsprozesse zur Verfügung. Die Schlussfolgerungen über den klinischen Zusatznutzen gegenüber dem bisherigen Versorgungsstandard werden aber weiterhin durch die Mitgliedsstaaten unter Berücksichtigung des nationalen Gesundheitssystems getroffen.

Zunächst greift die im Januar 2025 begonnene EU-Bewertung für Onkologika sowie für Arzneimittel für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products [ATMP]). 2028 kommen Arzneimittel für Seltene Erkrankungen (Orphan Drugs) hinzu und ab 2030 werden alle neu zugelassenen Arzneimittel auf europäischer Ebene gemeinsam bewertet. Ab 2026 sollen auch ausgewählte Medizinprodukte in die Bewertung einbezogen werden.

Im Jahr 2025 bereitete der G-BA die Verzahnung des europäischen Verfahrens mit der frühen Nutzenbewertung in Deutschland prozessual vor. Zu den bereits laufenden Verfahren ist der G-BA für die Rückmeldung des nationalen Bewertungsumfangs, entsprechend den Vorgaben des EU-HTA-Verfahrens, verantwortlich. Hierfür werden die schon bestehenden Prozesse zur Einbindung von Fachgesellschaften und zur Beteiligung von Patientenvertretungen in der Gremienarbeit genutzt.

Gesetzliche Vorarbeiten

Am 12. Januar 2025 trat die neue **Verordnung (EU) 2021/2282** über die Bewertung von Gesundheitstechnologien in Kraft. Darauf aufsetzend hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im März 2025 eine Erste Verordnung zur Änderung der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (**AM-NutzenV**) beschlossen. Geregelt wird damit, wie die Inhalte des auf EU-Ebene eingereichten Herstellerdossiers für das nationale Verfahren berücksichtigt werden können. Zudem präzisiert die AM-NutzenV die Zeitabläufe für die Berücksichtigung der europäischen Bewertungsberichte im AMNOG-Verfahren.

Wirkstoff	HTA-Bewertung	HTA-Co-Bewertung	Start
TIL ¹ -Therapy	 Frankreich	 Polen	März 2025
Tovorafenib	 Irland	 Deutschland	März 2025
Onasemnogene abeparvovec	 Irland	 Frankreich	Mai 2025
Lurbinectedin	 Deutschland	 Portugal	Juni 2025
Camizestrant	 Österreich	 Belgien	Juni 2025
Tarlatamab	 Deutschland	 Ungarn	Juli 2025
Catequentinib	 Schweden	 Norwegen	Juli 2025
Senaparib	 Deutschland	 Slowenien	August 2025
Relacorilant	 Portugal	 Schweden	Oktober 2025
Ensartinib	 Österreich	 Spanien	November 2025
Zopapogene imadenovec	 Dänemark	 Österreich	November 2025
Sintilimab	 Deutschland	 Slowakei	Dezember 2025

¹ TIL-Therapie = Therapie mit tumorinfiltrierenden Lymphozyten (autolog, aus Melanomen gewonnene, ex vivo vermehrt)

Mit einem [➤ Beschluss vom 17. Juli 2025](#) passte der G-BA seine Verfahrensordnung entsprechend an. Seit dessen Inkrafttreten am 18. November 2025 haben pharmazeutische Unternehmen die Möglichkeit, auf die im EU-Dossier vorgelegten Angaben im für das nationale Verfahren vorzulegenden Dossier zu verweisen.

Das IQWiG wird den JCA – sofern dieser bereits zum Beginn des AMNOG-Verfahrens veröffentlicht ist – im Rahmen der Nutzenbewertung berücksichtigen. Das erste Nutzenbewertungsverfahren mit vorangegangener EU-Bewertung wird nach derzeitiger Einschätzung in der ersten Jahreshälfte 2026 erwartet.



Webtipp

Am 22. Mai 2025 bot der G-BA allen interessierten Fachleuten eine Informationsveranstaltung zur Verzahnung des AMNOG-Verfahrens mit dem europäischen Verfahren an. Die Mitschnitte und Charts zu den Vorträgen finden Sie [➤ hier](#).



Prof. Josef Hecken

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



Mit dem Einstieg in die europäische Nutzenbewertung sind wir 2025 gut vorangekommen. Der Austausch auf EU-Ebene ist konstruktiv; alle relevanten Leitfäden zur Methodik liegen geeint vor. Auch bei der Erarbeitung gemeinsamer PICO-Fragestellungen haben wir nun einen europaweit strukturierten Prozess. In diesem klären wir für jeden Wirkstoff: Welche Therapie vergleichen wir einheitlich für welche Patientenzielgruppe mit welcher Vergleichstherapie anhand welcher Endpunkte. Ein vollständig harmonisierter Umgang mit den Ergebnissen wird aufgrund der unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme aber vermutlich dennoch nicht möglich sein.

In Europa nimmt Deutschland eine Spitzenstellung bei der Arzneimittelversorgung ein. Mehr als 90 Prozent der neu zugelassenen Medikamente sind bei uns verfügbar. Und sie sind bereits nach 52 Tagen erhältlich, während es im EU-Durchschnitt 518 Tage dauert. Diese umfassende und schnelle Versorgung mit neuen Arzneimitteln ist jedoch auch ein Kostentreiber. Im Jahr 2024 betrug die Ausgaben für Arzneimittel 55,2 Milliarden

Euro, was rund 18 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Krebsarzneimittel und Therapien zur Behandlung Seltener Erkrankungen (Orphan Drugs) sind dabei für etwa ein Prozent der Verordnungen, aber für fast ein Drittel der Kosten verantwortlich.

Angesichts solcher Fakten ist klar: Das AMNOG-Verfahren muss weiterentwickelt werden. Ansatzpunkte sind aus meiner Sicht der freie Herstellerstartpreis und die bisher unzureichende Preisdynamik nach der ersten Zusatznutzenbewertung. Das AMNOG-Verfahren konzentriert sich in seiner heutigen Ausgestaltung überwiegend auf eine Momentaufnahme bei Markteintritt. Die zunehmende Bedeutung von Therapien mit begrenzter Evidenzbasis und hohen Kosten – insbesondere bei Orphan Drugs, Gentherapien und solchen mit bedingter Zulassung – macht ein Umdenken notwendig. Denn genau hier erodiert die Steuerungswirkung des AMNOG-Verfahrens, also genau an jenen Stellen, an denen die Preisdynamik am stärksten ist. Um gegenzusteuern, brauchen wir eine kontinuierliche Nachbewertung der Wirkstoffe und auch Preise, die dynamisch an die sich entwickelnde Evidenzlage gekoppelt sind.

Ich möchte, dass echte Innovationen den Menschen bei Bedarf weiterhin zur Verfügung stehen. Das gelingt bei begrenzten Mitteln aber nur, wenn Produkte ohne echten Mehrwert finanziell niedriger dotiert werden.

Behandlungsprogramme auf neuestem Stand

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen – sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) – helfen, Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und Folgeschäden zu vermeiden. Betroffene können sich bei ihrer Krankenkasse in ein DMP einschreiben lassen und werden dann koordiniert und leitliniengerecht behandelt. 2025 hat der G-BA weitere DMP aktualisiert und geprüft.

DMP Koronare Herzkrankheit

Bei einer chronischen Koronaren Herzkrankheit (KHK) sind die großen Blutgefäße durch Ablagerungen dauerhaft verengt. Dies kann zu einer Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff und in der Folge beispielsweise zu Herzinfarkten führen. Seit 2003 gibt es für dieses Krankheitsbild ein DMP; mehr als 1,9 Millionen GKV-Versicherte sind eingeschrieben.

2025 hat der G-BA das DMP KHK erneut an den aktuellen Forschungsstand **angepasst**. Wissenschaftliche Grundlage war die Auswertung von insgesamt zwölf evidenzbasierten medizinischen Leitlinien zur KHK durch das IQWiG. Folgende Anpassungen traten zum 1. Oktober 2025 in Kraft:

Diagnosekriterien: Zur gesicherten Diagnose einer chronischen KHK kann nun auch eine Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) eingesetzt werden. Die CCTA ist eine nichtinvasive bildgebende Methode, mit der in den Herzkranzarterien Verengungen oder Verschlüsse gefunden werden können.

Individuelle Therapieplanung: Sofern selbstständige sportliche Aktivitäten noch nicht oder nicht mehr möglich sind, ist die Teilnahme an einer Herzsportgruppe oder einer rehabilitativen Herzinsuffizienzgruppe zu empfehlen. Die Ärztinnen und Ärzte erhalten dazu differenziertere Hinweise.

Therapeutische Maßnahmen: Die Empfehlungen zum Einsatz von Lipidsenkern (Statinen) wurden an aktuelle Leitlinien, insbesondere an die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK, angepasst. Ebenso die Hinweise, in welchen Situationen eine elektive Koronarangiographie erwogen werden sollte.

DMP Chronische Herzinsuffizienz

Das DMP für Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Herzschwäche blieb, wie am **17. April 2025** beschlossen, unverändert. Das IQWiG prüfte, ob weitere Patientengruppen von ergänzenden Maßnahmen (wie proaktiven ambulanten oder häuslichen Leistungen unter Beteiligung von medizinischem Fachpersonal) im Vergleich zur üblichen Standardversorgung profitieren würden. Die aktuelle Studienlage gab dafür keine Hinweise.

9,1

Millionen DMP-Einschreibungen chronisch kranker Versicherter gibt es in Deutschland.



Karin Maag

Unparteiisches Mitglied des G-BA und
Vorsitzende der Unterausschüsse Qualitäts-
sicherung, DMP und ASV

» Im Jahr 2025 konnten wir wieder drei DMP aktualisieren und damit am aktuellen Forschungsstand ausrichten. Die adressierten Patientinnen und Patienten können sich weiterhin darauf verlassen, mit diesen DMP leitliniengerecht behandelt zu werden. Und sie werden dabei unterstützt, ihre individuell vorhandenen Risikofaktoren möglichst zu reduzieren.

Um die Herausforderungen zu meistern, vor denen unser Gesundheitssystem heute steht,

wird eine gute Patientensteuerung immer wichtiger. Die DMP zeigen, wie so etwas gut funktionieren kann. Einerseits gilt es, Behandlungspfade am aktuellen Forschungsstand auszurichten. Zum anderen müssen wir eine ganz auf den individuellen Fall zugeschnittene, bedarfsgerechte Behandlung sicherstellen. Nur so können wir vermeiden, dass es ein Zuviel oder Zuwenig an medizinischen Leistungen gibt. Dazu gehört auch, dass die richtigen Fachdisziplinen und Berufsgruppen eingebunden werden.

Und zu guter Letzt müssen Patientinnen und Patienten mitarbeiten. Viele individuelle Risikofaktoren, wie zum Beispiel Rauchen und Bewegungsmangel, können beeinflusst werden. Auch solche Lebensstiländerungen lassen sich über DMP anstoßen.

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 hat der G-BA am 18. Juni 2025 die Anforderungen aktualisiert. Basis war eine Auswertung von insgesamt 28 neuen Leitlinien durch das IQWiG. Folgende Neuerungen traten zum 1. Oktober 2025 in Kraft:

- Eingangsdiagnose: Für die gesicherte Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 1 wurde der HbA1c-Wert, der sogenannte Langzeitblutzuckerwert, ergänzt. Bei Bedarf wird zusätzlich der C-Peptid-Wert zur Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 bestimmt.
- Insulinsubstitution und Stoffwechselfbstkontrolle: Zur Stoffwechselfbstkontrolle wird die Nutzung von Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur schnellen Beurteilung der kurz- und mittelfristigen Blutzuckerwerte sowie zur Therapiesteuerung stärker berücksichtigt. Kinder und Jugendliche sowie eventuell auch die Betreuungspersonen sollen noch vor dem Einsatz eines rtCGM in der sicheren Anwendung des Gerätes geschult werden.
- Folgeerkrankungen vermeiden: Es gelten Anforderungen an regelmäßige Kontrollen. Zudem wurden Informationen zu Vorbeugungsmaßnahmen oder zur Vermeidung eines diabetischen Fußsyndroms, von Bluthochdruck sowie von Parodontitis ergänzt.

ASV zu Skelettsystemfehlbildungen und Kurzdarmsyndrom

Unter ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) versteht man besondere Behandlungsangebote für Patientinnen und Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren oder Seltenen Erkrankungen. Spezialisierte Fachärztinnen und -ärzte aus Kliniken und Praxen arbeiten hier in ASV-Teams zusammen. Zu den bestehenden ASV-Angeboten kamen 2025 zwei weitere hinzu.

Künftig können Patientinnen und Patienten, die an **angeborenen Skelettsystemfehlbildungen** oder am **Kurzdarmsyndrom** leiden, vom Behandlungsangebot der ASV profitieren. Beide ASV-Angebote gab es bereits zuvor, allerdings ausschließlich als „ambulante Behandlung im Krankenhaus“. Diese älteren krankenhausbasierten Versorgungsansätze werden Schritt für Schritt durch ASV-Angebote ersetzt. Sobald die zwei Beschlüsse im Jahr 2026 in Kraft getreten sind, können sich neben den klinisch tätigen nun auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte an dieser ASV-Versorgung beteiligen.

Die ASV-Teams müssen deshalb so zusammengesetzt sein, dass flexibel auf individuelle Krankheitsanforderungen eingegangen und medizinisch angemessen therapiert werden kann.

Der G-BA begegnete dem mit einer fachlich variablen Ausrichtung des ASV-Kernteam. Hier muss immer die Fachrichtung Orthopädie und Unfallchirurgie und ebenso immer die Innere Medizin (spezialisiert entweder auf Endokrinologie und Diabetologie, auf Nephrologie oder auf Rheumatologie) vertreten sein. Die Teamleitung kann – je nach Behandlungsschwerpunkt des Teams – jede der benannten Fachrichtungen übernehmen.

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gelten weitere Bestimmungen. Im Rahmen dieses ASV-Angebots kann nun unter anderem auch das Ehlers-Danlos-Syndrom (vom nichtvaskulären Typ) behandelt werden.

25

Erkrankungsgruppen können in der ASV angeborene Skelettsystemfehlbildungen behandelt werden.

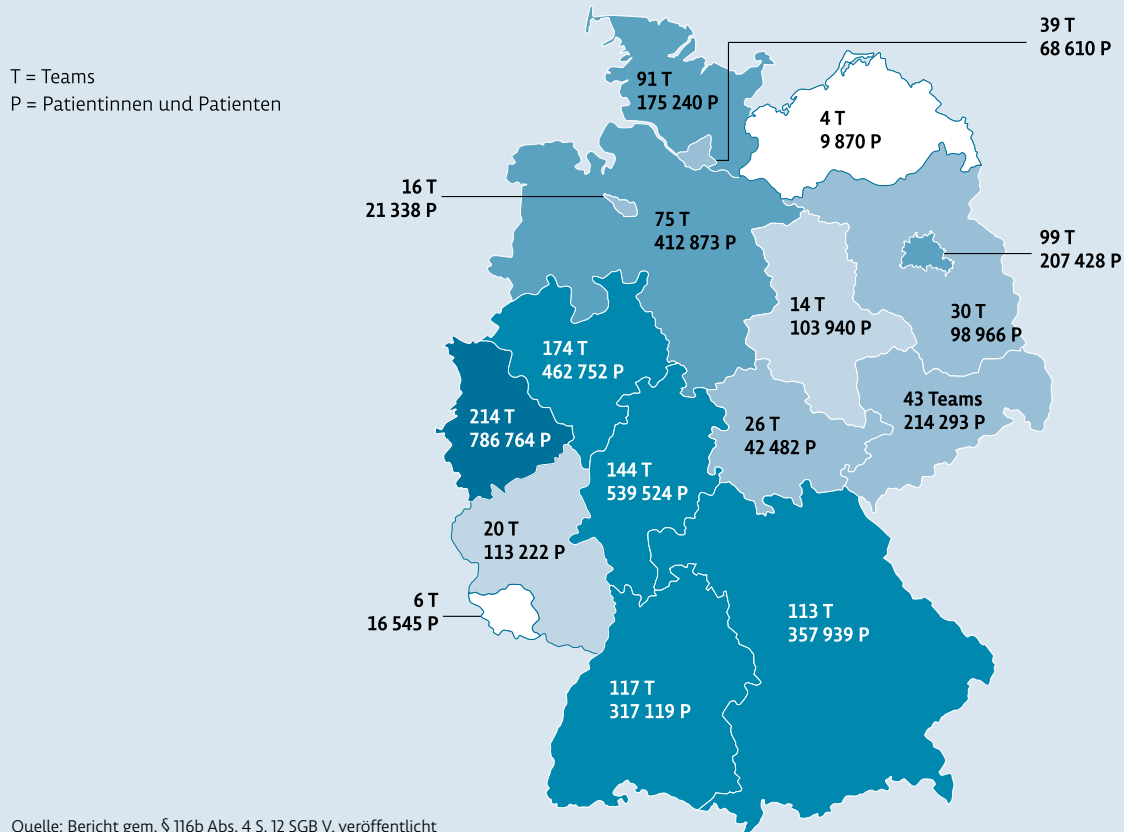
Angeborene Skelettsystemfehlbildungen

Zu den angeborenen Skelettsystemfehlbildungen gehören seltene und ursächlich sehr verschiedene Krankheiten. Das Spektrum reicht von angeborenen Fehlbildungen (zum Beispiel an der Wirbelsäule oder den Armen und Beinen) bis hin zu Störungen des Knochenstoffwechsels (zum Beispiel bei bestimmten Formen der Rachitis).

§

In seiner Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (**ASV-Richtlinie**) legt der G-BA fest, welche Vorgaben Ärztinnen und Ärzte im Detail erfüllen müssen, um an der ASV teilnehmen zu können. Gesetzliche Grundlage dieser Aufgabe ist **§ 116b SGB V**. Mehr Informationen zur ASV finden Sie **hier**.

Gesamtzahl der ASV-Teams und ASV-Patientinnen und -Patienten



Quelle: Bericht gem. § 116b Abs. 4 S. 12 SGB V, veröffentlicht mit Beschluss vom 17. September 2025 (ASV Knochen- und Weichteiltumoren)

Stand: 2.7.2025

Kurzdarmsyndrom

Mit einer Häufigkeit von ca. 1–9 Fällen pro einer Million Einwohner gehört das Kurzdarmsyndrom zu den Seltenen Erkrankungen. Ursache sind angeborene Fehlbildungen des Darms oder auch operative Verkürzungen zur Behandlung von Tumoren oder des Morbus Crohn. Beim Kurzdarmsyndrom kann der Darm nur noch unzureichend Energie und Nährstoffe aus der Nahrung aufnehmen.

Für das ASV-Angebot Kurzdarmsyndrom wurde der Umfang der in der ABK-Richtlinie (ABK: ambulante Behandlung im Krankenhaus) bereits festgelegten Krankheitsbilder umfassend ergänzt. Der Behandlungsumfang wurde neu gegliedert und inhaltlich angepasst; dazu gehören die Abschnitte Diagnostik, Behandlung und Beratung sowie weitere spezifische Leistungen. Insbesondere kann im Rahmen der ASV eine Untersuchung des oberen Dünndarms mittels Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon- oder Spiraleroskopie) erbracht werden. Im Kernteam müssen Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Viszeralchirurgie vertreten sein. Die Teamleitung liegt bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie.

Differenzierte Mindestmengen beim Kniegelenkersatz

Bei bestimmten schwierigen, aber planbaren Leistungen sind die Ergebnisse nachweislich besser, wenn Kliniken damit viel Erfahrung haben. Mindestmengen helfen deshalb, die Qualität der Versorgung zu verbessern und Komplikationsraten zu verringern. Im Jahr 2025 hat der G-BA die bestehende Mindestmenge zu den Kniegelenkersatz-Operationen angepasst und erweitert. Zudem begann er mit zwei Neuentwicklungen.

Die Erstimplantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese (kurz: Knie-TEP) ist hierzulande eine der am häufigsten durchgeführten planbaren Operationen. Allein 2024 wurden 220 631 neue Kniegelenke eingesetzt und 13 751 ausgetauscht, so der aktuelle **➤ Bundesqualitätsbericht 2025** des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Entscheidend für den Behandlungserfolg dieser Operation ist vor allem die Erfahrung mehrerer ärztlicher Fachdisziplinen, ein eingeübtes berufsgruppenübergreifendes Zusammenwirken und eine fachgerechte Nachbehandlung.

Mit Beschlüssen vom 18. Dezember 2025 hat der G-BA die bislang für Knie-TEP geltende jährliche Mindestmenge von 50 pro Krankenhausstandort grundlegend neu aufgesetzt: Künftig gibt es drei eigenständige Mindestmengen. Sie beziehen sich

auf den **➤ erstmaligen Einsatz einer Knie-TEP**, das Einsetzen einer bestimmten Art von Teilprothesen (**➤ unikondyläre Schlittenprothesen**) sowie den **➤ Austausch einer Knieendoprothese**. Mit dieser Differenzierung reagierte der G-BA auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zum Kniegelenkersatz.

Mithilfe dieser Mindestmengen wird sichergestellt, dass Versicherte in Krankenhäusern operiert werden, die viel Erfahrung mit den Eingriffen haben. Denn die Qualität der Ergebnisse, die sich unter anderem an geringeren Komplikationsraten und einem Ausbleiben von Folgeeingriffen bemisst, hängt von der Menge der erbrachten Eingriffe pro Standort ab. Die Änderungen traten mit Wirkung zum 1. Januar 2026 in Kraft und sehen mehrjährige Übergangsregelungen vor.

Die neuen Mindestmengen Knie-TEP pro Jahr und Klinikstandort

	2026/2027	ab 2028	ab 2030
Erstmalige Knie-TEP	50 (wie bisher)	100	150
Unikondyläre Schlittenprothese (Teilprothese)	–	20	
Austausch einer Knie-Endoprothese (Revisionseingriff)	–	25	



Karin Maag

Unparteiisches Mitglied des G-BA und
Vorsitzende der Unterausschüsse Qualitäts-
sicherung, DMP und ASV

»» Der G-BA hat seit seiner Gründung bereits 14 Mindestmengen festgelegt. Sie betreffen 14 schwierige, aber planbare Leistungen im Krankenhaus – mehrheitlich Operationen –, bei denen das Ergebnis nachweislich besser ausfällt, wenn die behandelnden Teams damit viel Erfahrung haben. Mindestmengen bedeuten immer Patientenschutz und damit einen Wert, hinter den wirtschaftliche Interessen zurückzutreten haben. Das dürfen wir bei allen Diskussionen darüber, dass es Kliniken angesichts fehlen-

der Fachkräfte und Strukturveränderungen nicht immer leichtfällt, Mindestmengen einzuhalten, nicht vergessen.

Denn: Qualität ist nicht verhandelbar. Das Festlegen von Mindestmengen ist eine sehr wichtige Aufgabe, die uns der Gesetzgeber übertragen hat. Es ist ein unverzichtbares Element der Qualitätssicherung. Mindestmengen können Sterbe- oder Komplikationsraten bei komplexen und schwierigen Eingriffen senken. Wohlgedacht: Es geht hier nicht um Notfalloperationen, sondern um planbare Interventionen, bei denen es einen nachgewiesenen Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Behandlungen oder Interventionen und der Ergebnisqualität gibt. Hier zahlt sich Routine aus.

Zwei Beratungsstarts

Im Jahr 2025 hat der G-BA Beratungen zu zwei neuen Mindestmengen aufgenommen: zu Korrekturoperationen bei seltenen angeborenen Fehlbildungen des Darms beziehungsweise des Enddarms und zu denen des Anus bei Kindern (Morbus Hirschsprung und anorektale Malformationen). Die Eingriffe sind komplex und benötigen ein interdisziplinäres Team, das über entsprechende Routine und Erfahrung verfügt. In diesem Zusammenhang hat der G-BA auch beschlossen, sein methodisches Vorgehen zu erweitern.

§

In den **Mindestmengenregelungen** (Mm-R) setzt der G-BA den gesetzlichen Auftrag um, planbare Krankenhausleistungen zu benennen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Behandlungsqualität besteht. Nur Einrichtungen, die die Leistung pro Jahr entsprechend oft erbringen, dürfen sie weiter als GKV-Leistung abrechnen. Der gesetzliche Auftrag ist in **§ 136b Abs. 1 bis 5 SGB V** geregelt.



Der Gemeinsame Bundes- ausschuss



In der **Online-Version** des Geschäftsberichts können Sie die im Text verlinkten Inhalte einsehen. Zudem finden Sie dort Quellennachweise zu allen groß ausgeworfenen Zahlenangaben:
g-ba.de/gb2025

Zusammensetzung und Arbeitsweise

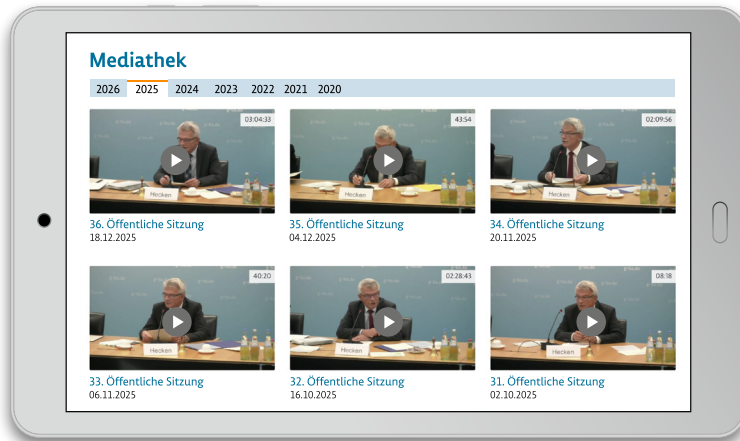
Der G-BA ist das höchste Beschlussgremium im deutschen Gesundheitswesen. In ihm arbeiten Vertreterinnen und Vertreter von Leistungserbringern und der GKV sowie von Patientenorganisationen zusammen, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Darüber hinaus bringen sich zahlreiche weitere Organisationen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

Gesetzlich ist festgelegt, wer an den Beratungen teilnehmen soll. Zum einen sind das die vier großen Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitswesen, die zusammen den G-BA bilden: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (↗ *DKG*) repräsentiert die Krankenhäuser in Deutschland, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (↗ *KBV*) vertritt die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (↗ *KZBV*) spricht für die Vertragszahnärztinnen und -ärzte sowie der ↗ *GKV-Spitzenverband* (GKV-SV), in dem alle gesetzlichen Krankenkassen organisiert sind. Neben diesen vier Trägerorganisationen sind ↗ *Patientenvertreterinnen und -vertreter* an allen Beratungen beteiligt. Zum anderen beraten themenbezogen beispielsweise Vertreterinnen und Vertreter der Länder, der Deutsche Pflegerat und die Bundesärztekammer mit.

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

§

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



Öffentliche Sitzungen

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

Arbeitsweise

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

256

*neue Beratungsverfahren –
einschließlich AMNOG-Nutzen-
bewertungen – begannen
2025 im G-BA.*



Webtipp

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

Breiter Einbezug von Stellungnehmenden

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

Fristenmonitoring: Alle Verfahren im Blick

Viele Aufgaben des G-BA sind mit Fristen verbunden. Jährlich legt der unparteiische Vorsitzende des G-BA dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags dazu einen Bericht vor. Er zeigt, wie sich das Arbeitsaufkommen in den einzelnen fachlichen Bereichen entwickelt hat und wie es bewältigt wurde. Zu fast 96 Prozent schließt der G-BA seine Verfahren fristgerecht ab.

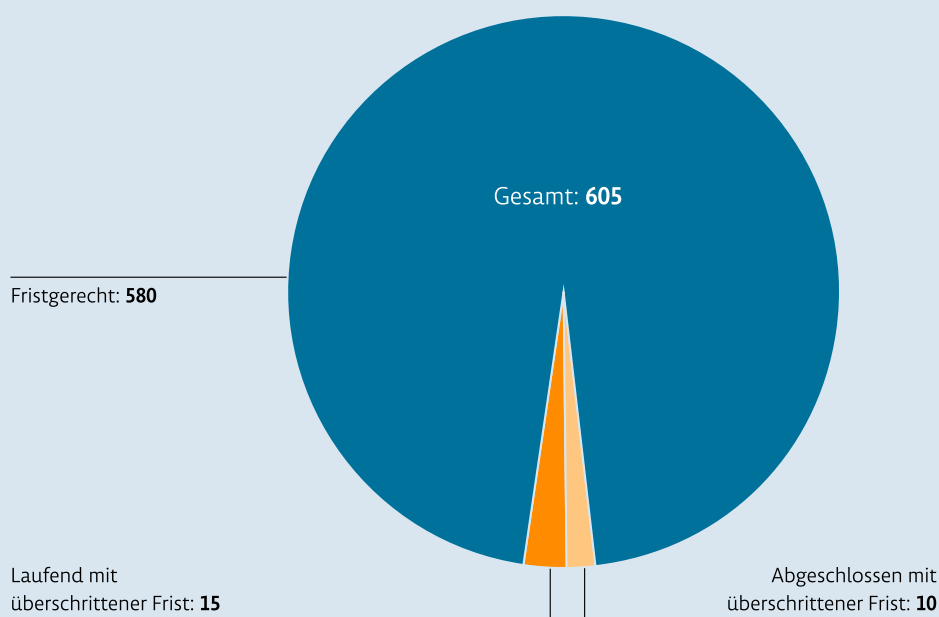
Wie viel Zeit hat der G-BA?

Zahlreiche Gesetzaufträge an den G-BA sind schon im SGB V mit einem ganz konkreten Zieldatum belegt. Daneben gelten für bestimmte Arbeiten auch fixe gesetzliche Spannen. Beispielsweise dürfen Methodenbewertungen für die ambulante Versorgung nur maximal zwei Jahre dauern; für die Methodenbewertung in der stationären Versorgung sind es drei Jahre.

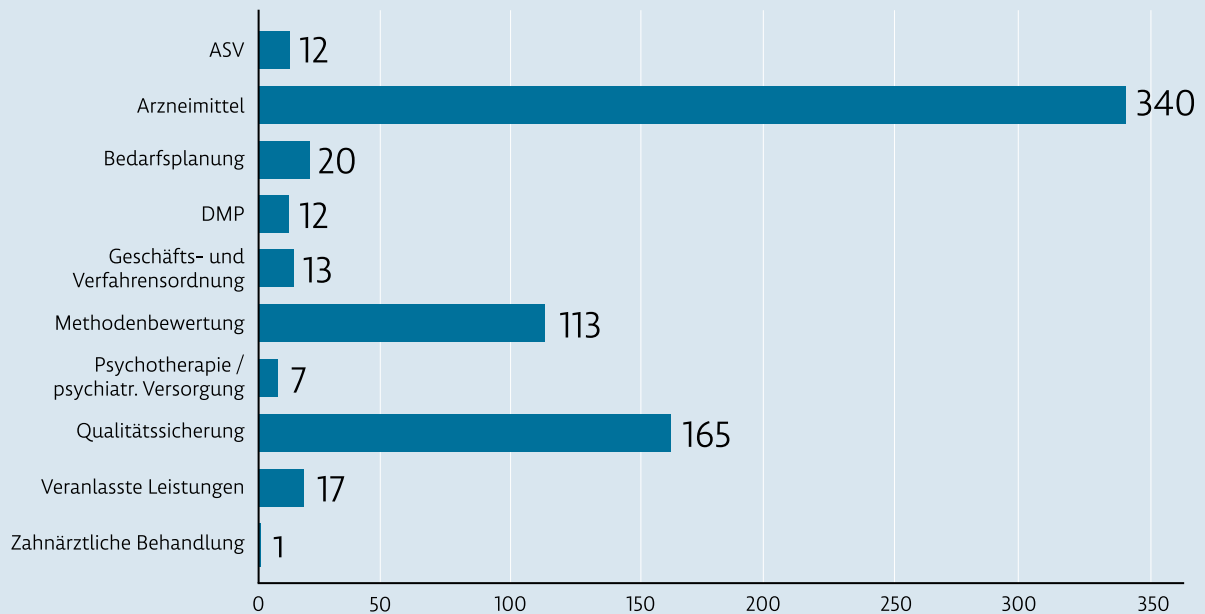
Und eine Nutzenbewertung für einen neuen Arzneimittelwirkstoff muss der G-BA spätestens sechs Monate nach dessen Markteintritt auf seiner Website veröffentlichen. Für alle nicht mit gesetzlichen Fristen belegten Arbeiten gilt: drei Jahre; länger sollte ein G-BA-Verfahren nicht dauern (§ 91 Abs. 11 SGB V).

Der Fristenbericht des G-BA erscheint immer zum 31. März jeden Jahres und wird auf der G-BA-Website veröffentlicht. Alle Fristenberichte finden Sie [hier](#).

Fristeinhaltung der G-BA-Verfahren 2025



Gesamtzahl aller Beschlüsse 2025



Beratungsverfahren 2025 nach Unterausschüssen

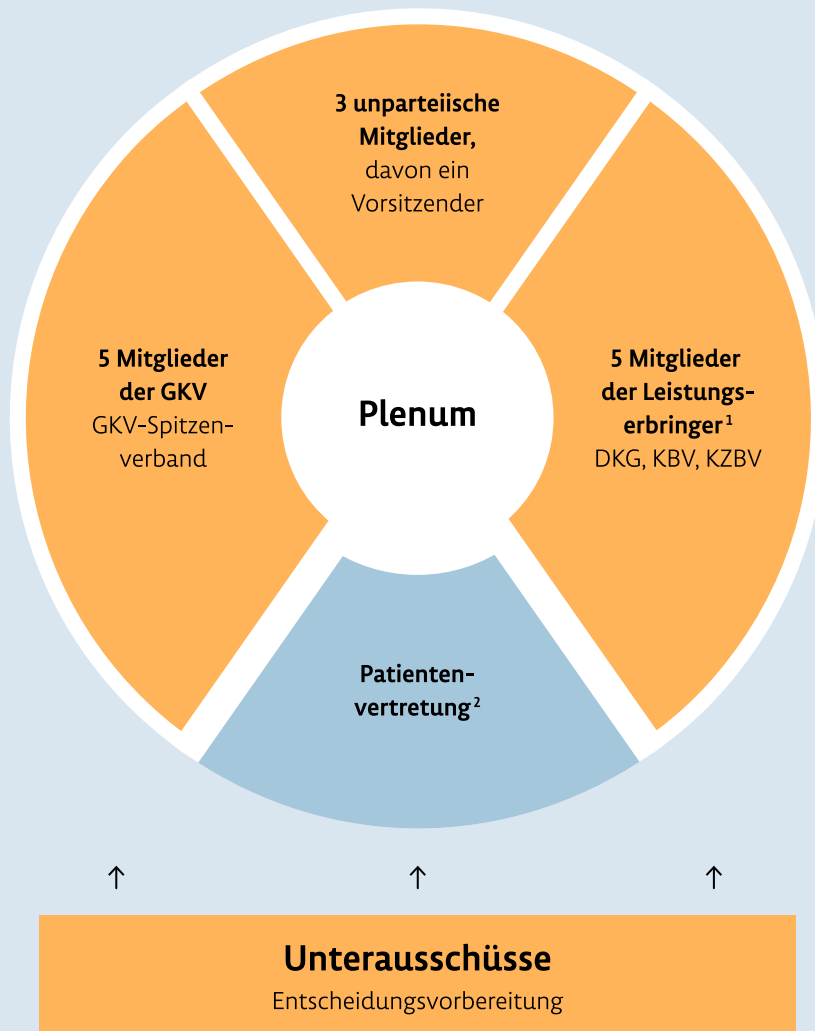
Beschlüsse und Verfahren

Beschlüsse und Verfahren dürfen nicht verwechselt werden. Ein Verfahren ist ein konkretes Thema, an dem der G-BA arbeitet, zum Beispiel an der Bewertung eines Arzneimittels oder einer Behandlungsmethode zu einer ganz bestimmten Indikation und Patientengruppe. Die Beschlüsse sind die einzelnen Teilschritte, die der G-BA dabei geht: Die Einleitung der Beratungen, das Einholen des Forschungsstands, der Aufruf an die Stellungnehmenden, die finale Entscheidung im Plenum – zu all diesen Schritten trifft er Beschlüsse. Im Jahr 2025 hat der G-BA insgesamt 700 Beschlüsse gefasst und 334 Verfahren abgeschlossen.

	Insgesamt bearbeitete Verfahren 2025	Davon 2025 abgeschlossen	Davon zum 31.12.2025 weiterlaufend
Arzneimittel	327	224	103
ASV	10	6	4
Bedarfsplanung	13	9	4
DMP	16	5	11
Methodenbewertung	83	33	50
Psychotherapie / psychiatr. Versorgung	8	2	6
Qualitätssicherung	126	40	86
Veranlasste Leistungen	16	10	6
Zahnärztliche Behandlung	2	1	1
Geschäfts- und Verfahrensordnung	4	4	0
Gesamt	605	334	271

Die Mitglieder des G-BA-Plenums

Sitzverteilung im Plenum des G-BA



¹ Ggf. anteilige Stimmübertragung auf betroffene Organisationen nach § 14a Abs. 3 GO

² Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

Unparteiische Mitglieder

Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender

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

Dr. med. Bernhard van Treeck, unparteiisches Mitglied

1. Stellvertreter: Jörg Niemann
2. Stellvertreterin: Dr. Lili Grell

Karin Maag, unparteiisches Mitglied

1. Stellvertreter: Dr. Udo Degener-Hencke
2. Stellvertreter: Dr. Jörg Hermann

Mitglieder des GKV-Spitzenverbands

Oliver Blatt

(seit 01.07.2025, zuvor Dr. Doris Pfeiffer)

1. Stellvertreter: Dr. Bernhard Egger
2. Stellvertreterin: Friederike Kuhnt
3. Stellvertreterin: Ulrike Elsner

Stefanie Stoff-Ahnis

1. Stellvertreter: Johannes Wolff
(seit 01.04.2025, zuvor Dr. Wulf-Dietrich Leber)
2. Stellvertreterin: Dr. Antje Haas
3. Stellvertreterin: Dr. Carola Reimann

Dr. Martin Krasney

(seit 01.04.2025, zuvor Gernot Kiefer)

1. Stellvertreter: Marcus Schneider
(seit 01.04.2025, zuvor N.N.)
2. Stellvertreter: Gerd Kukla
3. Stellvertreter: Jürgen Hohnl

Elke Schöne-Plaumann

1. Stellvertreterin: Annette Düring
2. Stellvertreterin: Kerstin Bockhorst
(seit 01.04.2025, zuvor Dr. Mechthild Schmedders)
3. Stellvertreter: Dipl.-Psych. Peter Follert

Torsten Wendt

1. Stellvertreter: Dietrich von Reyher
2. Stellvertreter: Dr. Torsten Fürstenberg
3. Stellvertreter: Dr. Justine Röhmel
(seit 01.04.2025, zuvor Dr. Michael Kleinebrinker)

Mitglieder der Leistungserbringer

Dr. Sibylle Steiner (KBV)

1. Stellvertreter: Dr. Andreas Gassen
2. Stellvertreterin: Juliane Fischer
3. Stellvertreterin: Dr. Christa Schaff

Dr. Stephan Hofmeister (KBV)

1. Stellvertreter: Dr. Holger Grüning
2. Stellvertreterin: Dr. Ludwig Hofmann
3. Stellvertreterin: Dipl.-Psych. Sabine Schäfer

Dr. Gerald Gaß (DKG)

1. Stellvertreterin: Dr. Nicole Schlottmann
2. Stellvertreter: Dr. Thilo Grüning
3. Stellvertreterin: Dr. Katharina Wenzel-Seifert

Prof. Dr. Henriette Neumeyer (DKG)

1. Stellvertreter: Dr. Michael Brenske
2. Stellvertreter: Dr. Mitja Bojko
3. Stellvertreterin: Özlem Acikgöz

Martin Hendges (KZBV)

1. Stellvertreter: Christian Nobmann
2. Stellvertreterin: Meike Gorski-Goebel
(seit 17.11.2025, zuvor Dr. Ute Maier)
3. Stellvertreterin: Dr. Karin Ziermann

Der G-BA hat 13 Mitglieder:

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

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

Die Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle des G-BA in Berlin unterstützt die Gremien bei ihren Aufgaben. Sie gewährleistet eine neutrale, unabhängige und transparente Sitzungsorganisation entsprechend der Verfahrensordnung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der **➤ Geschäftsstelle** führen fachliche Recherchen durch, moderieren Sitzungen, erstellen die dafür erforderlichen Unterlagen, führen Protokoll, sorgen für eine entsprechende technische Ausstattung, beraten die Gremien juristisch und methodisch, beantworten Presseanfragen und verantworten die Öffentlichkeitsarbeit. Mit einer eigenen Stabsstelle Patientenbeteiligung unterstützt sie zudem die Patientenvertretung bei der Wahrnehmung ihrer Beteiligungsrechte.

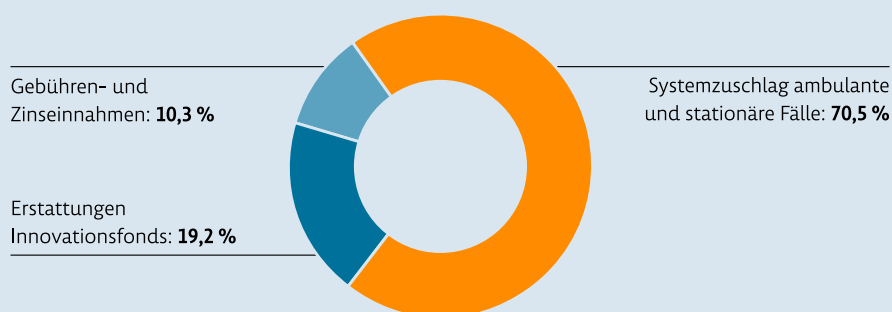
Finanzierung

Die Arbeit des G-BA wird über einen sogenannten Systemzuschlag finanziert. Er wird jährlich neu festgelegt. Der Systemzuschlag ist ein Euro-beziehungsweise Centbetrag, der auf GKV-Leistungen im stationären wie ambulanten Bereich erhoben wird. Im Jahr 2025 betrug er für den ambulanten Bereich 8,1654101 Cent pro Fall, für den stationären Bereich 3,17 Euro pro Fall.

Der Haushalt des G-BA umfasst auch die Arbeit des Innovationsausschusses, der darüber hinaus durch Zuschüsse aus dem Innovationsfonds finanziert wird. Der Haushaltsplan 2025 des G-BA einschließlich Innovationsausschuss sah im Erfolgshaushalt Ausgaben in Höhe von 66,7 Millionen Euro vor. Der Systemzuschlag war auf 49 Millionen Euro festgesetzt.

Da die **➤ Jahresrechnung** immer erst gegen Ende des Folgejahres veröffentlicht wird, kann hier nur auf 2024 eingegangen werden.

Zusammensetzung der Einnahmen des G-BA 2024



Die Grafik zeigt anhand der Jahresrechnung 2024 die Zusammensetzung der Einnahmen des G-BA. Die Einnahmen aus Systemzuschlägen für 688,2 Millionen ambulante Behandlungsfälle und 17,5 Millionen stationäre Behandlungsfälle beliefen sich im Jahr 2024 insgesamt auf 37,9 Millionen Euro. Hinzu kamen 15,9 Millionen Euro aus Gebühreneinnahmen, Erstattungen des Bundesamtes für Soziale Sicherheit für die Anwendungen des Innovationsausschusses und sonstige Erträge. Den Einnahmen standen erfolgswirksame Ausgaben in Höhe von insgesamt 55,3 Millionen Euro gegenüber. Sie umfassten auch die Einholung weiterer wissenschaftlicher Expertise.

Bürokratiekostenermittlung

Zu all seinen Beschlüssen ermittelt der G-BA die damit verbundenen Bürokratiekosten für ambulante und stationäre Leistungserbringende. Ziel ist es, möglichst bürokratiearme alternative Regelungen zu prüfen, ohne dabei die inhaltlich gebotenen Standards abzuschwächen.

Im Jahr 2025 wurden für 340 normsetzende Beschlüsse des G-BA die damit verbundenen Bürokratiekosten für Praxen und Krankenhäuser festgestellt. Besonders hohe jährliche Entlastungssummen wurden mit den Änderungen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-Richtlinie) erreicht. Vor allem die Überarbeitungen in den **↗ QS-Verfahren 3 und 5–15** und **↗ QS PCI², QS WI³ und QS NET⁴** sorgten hier für eine nennenswerte Reduzierung in Höhe von geschätzt insgesamt mehr als 18 Millionen Euro. Zudem ließ sich mit der **↗ Aktualisierung** des DMP für Versicherte mit Depression eine große Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von rund einer Million Euro realisieren.

9 334 800

Euro spart der Wegfall von Dokumentationen in den DeQS-Verfahren 3 und 5–15.

² QS Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

³ QS zur Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

⁴ QS Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

8 889 659

Euro spart der Stopp des Verfahrens QS WI und die Aussetzung des Moduls Dialyse bei QS NET.

Neue Bürokratiekosten für Leistungserbringende ergaben sich beispielsweise aus der **↗ Ergänzung** der sechs zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen im Gelben Heft sowie aus der **↗ Festlegung** der Dokumentation im neuen Qualitätssicherungsverfahren Sepsis. Zu nennen wäre in diesem Zusammenhang auch die spezielle Versorgungsform der **↗ ASV bei angeborenen Skelettsystemfehlbildungen**.

Insgesamt wurden im Jahr 2025 durch Richtlinienanpassungen mehr Bürokratiekosten reduziert als erzeugt. Konkret stehen einer jährlichen Entlastung von fast 20 Millionen Euro neue jährliche Bürokratiekosten von sechs Millionen Euro gegenüber.

Die seit 1. September 2012 bestehende Pflicht des G-BA zur Ermittlung der erwartbaren Bürokratiekosten ist verankert in **↗ § 91 Abs. 10 SGB V**. Für die Abschätzung der Bürokratiekosten im G-BA sieht der Gesetzgeber das Standardkosten-Modell vor. Dieses international verbreitete Verfahren wird auch von der Bundesregierung verwendet.



Webtipp

Die Bürokratiekostenermittlung zu den verschiedenen Beschlüssen des G-BA findet sich jeweils als kurzer Text am Ende der Tragenden Gründe, einem Zusatzdokument zum Beschluss. Anhand des voraussichtlichen Zeitaufwands und der erwartbaren Fallzahlen werden die Kosten neuer und geänderter Informationspflichten geschätzt.

www.g-ba.de

[Presse](#) | [Service](#) | [FAQ](#) | [English](#) | [Leichte Sprache](#) | [Hoher Kontrast](#)

 >> +



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

2

Suchen

Über den G-BA
Themen
Richtlinien
Beschlüsse
Bewertungsverfahren
Studien

5
6
7

Aktuelles

24.03.2026 | Pressemitteilung
 >> **Evaluation der Heilmittel-Richtlinie: Nach der Reform ist vor der Reform!**

19.03.2026 | Pressemitteilung
 >> **Digitalisierung: Antrags- und Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie wird unbürokratischer und schneller**

19.03.2026 | Pressemitteilung
 >> **Hebammengeleitete Geburtsbetreuung in Kreißsälen: G-BA legt Mindestanforderungen fest**

01.04.2026 | Nutzenbewertung nach § 35a SGB V
 >> **Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Retifanlimab (Neues Anwendungsgebiet: Plattenepithelkarzinom des Analkanals; Erstlinie)**
 Das Verfahren zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V wurde begonnen.

01.04.2026 | Nutzenbewertung nach § 35a SGB V
 >> **Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Retifanlimab (Merkelzellkarzinom, metastasiert oder rezidiert, Monotherapie, Erstlinie)**
 Das Verfahren zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V wurde begonnen.

Die >> [Liste der letzten Änderungen](#) steht auch als [RSS-Feed](#) zur Verfügung.

Themenbereiche

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

alle Themen A-Z

Innovationsausschuss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Innovationsausschuss

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

zum Innovationsausschuss

Öffentliche Sitzungen

Sitzung des Plenums am 02.04.2026
 Die Anmeldefrist für diese Sitzung ist abgelaufen.


Download Tagesordnung
 (PDF 130,00 kB)

alle Sitzungstermine
Livestream und Mediathek

Oft nachgefragt

- >> **Serviceangebot für Hersteller und Leistungserbringer**
- >> **Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben**
- >> **Stellenangebote**
- >> **Patientenbeteiligung im G-BA**
- >> **G-BA-Fachnews**


Versicherteninformationen und U-Hefte



zu den Versicherteninformationen
zum Bestellsystem

Erklärfilm

Der G-BA in vier Minuten



Wer ist der G-BA und was macht er? Der Erklärfilm gibt einen ersten Überblick über den G-BA.

zu allen Informationsmaterialien

G-BA-Infodienst

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

8

G-BA-Infodienst
 >> Lassen Sie sich aktuelle Informationen des G-BA zusenden.

[Inhalte drucken](#)

[Letzte Änderungen](#) | [als RSS-Feed](#) [\(Tipps zur Nutzung\)](#)

Impressum | Datenschutz | Kontakt | Inhalt | Benutzerhinweise | Erklärung zur Barrierefreiheit

Recherchetipps

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

1

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

2

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

3

Hier finden Sie Antworten auf [↗ häufig gestellte Fragen \(FAQ\)](#) zu ausgewählten Themen des G-BA. Sie richten sich teilweise an eine spezielle Fachöffentlichkeit, beispielsweise an Krankenhäuser oder pharmazeutische Unternehmen.

4

Auf der [↗ Serviceseite](#) stellt Ihnen der G-BA unter [↗ Versicherteninformationen](#) Informations- und Dokumentationsmaterialien zur Früherkennung, zu Untersuchungs- und Behandlungsangeboten und zur Datenerhebung in Praxen und Krankenhäusern sowie den Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft als digitale Ansichtsexemplare zu Verfügung. Hier auf der Serviceseite finden Sie aber auch die G-BA-Fachnews und die Hinweise auf Veranstaltungen des G-BA.

5

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

6

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

7

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

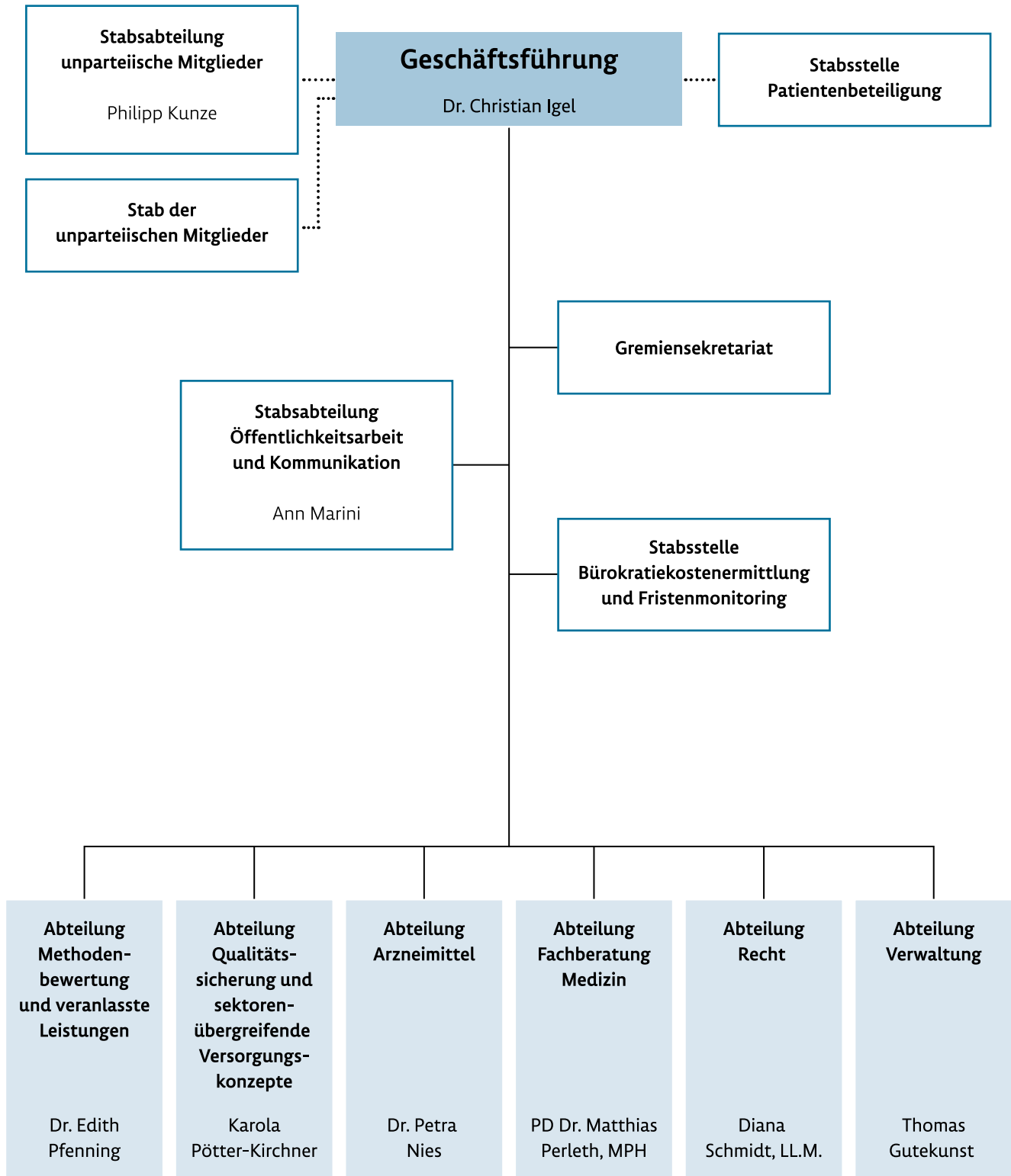
8

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

9

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

Die Geschäftsstelle des G-BA



Quellennachweise zu herausgehobenen Zahlen in den Sachkapiteln

Seite 7: Zahl 127 000

Quelle: ↗ *BMG-Website*, Stand 29. Juli 2025

Seite 11: Zahl 7,86

Quelle: ↗ *Pressemitteilung Destatis*, 19. Juli 2024

Seite 14: Zahl 2,33

Quelle: Website WiDO (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen), ↗ *Pressemitteilung vom 11. November 2025*

Seite 15: Zahl 13

Quelle: Website European Commission, ↗ *List of ongoing joint clinical assessments*, 2. März 2026

Seite 18: Zahl 1,9

Millionen in DMP eingeschriebene GKV-Versicherte.

Quelle: Website Bundesamt für Soziale Sicherung, Disease-Management-Programme, 11. Zulassungsstand, ↗ *Tabelle*, Stand: 31.12.2025

Seite 18: Zahl 9,1

Millionen DMP-Einschreibungen chronisch kranker Versicherter

Quelle: Website Bundesamt für Soziale Sicherung, Disease-Management-Programme, 11. Zulassungsstand, ↗ *Tabelle*, Stand: 31.12.2025

Impressum

Herausgeber

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Redaktion

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation:
Sybille Golkowski (Redaktion, Text), Ann Marini (Redaktion, Text),
Jana Neumann (Infografiken), Ulrike Reiner (Recherchen, Vertrieb),
Annette Steger (Infografiken, Icons, CD)

Korrektorat

Medizinlektorat Dr. Anja Becker, Riemerling

Design

adlerschmidt gmbh kommunikationsdesign, Berlin

Satz & Realisation

yellow too, Pasiek Horntrich GbR, Berlin

Produktion

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft mbH
Wetzlarer Str. 54
14482 Potsdam

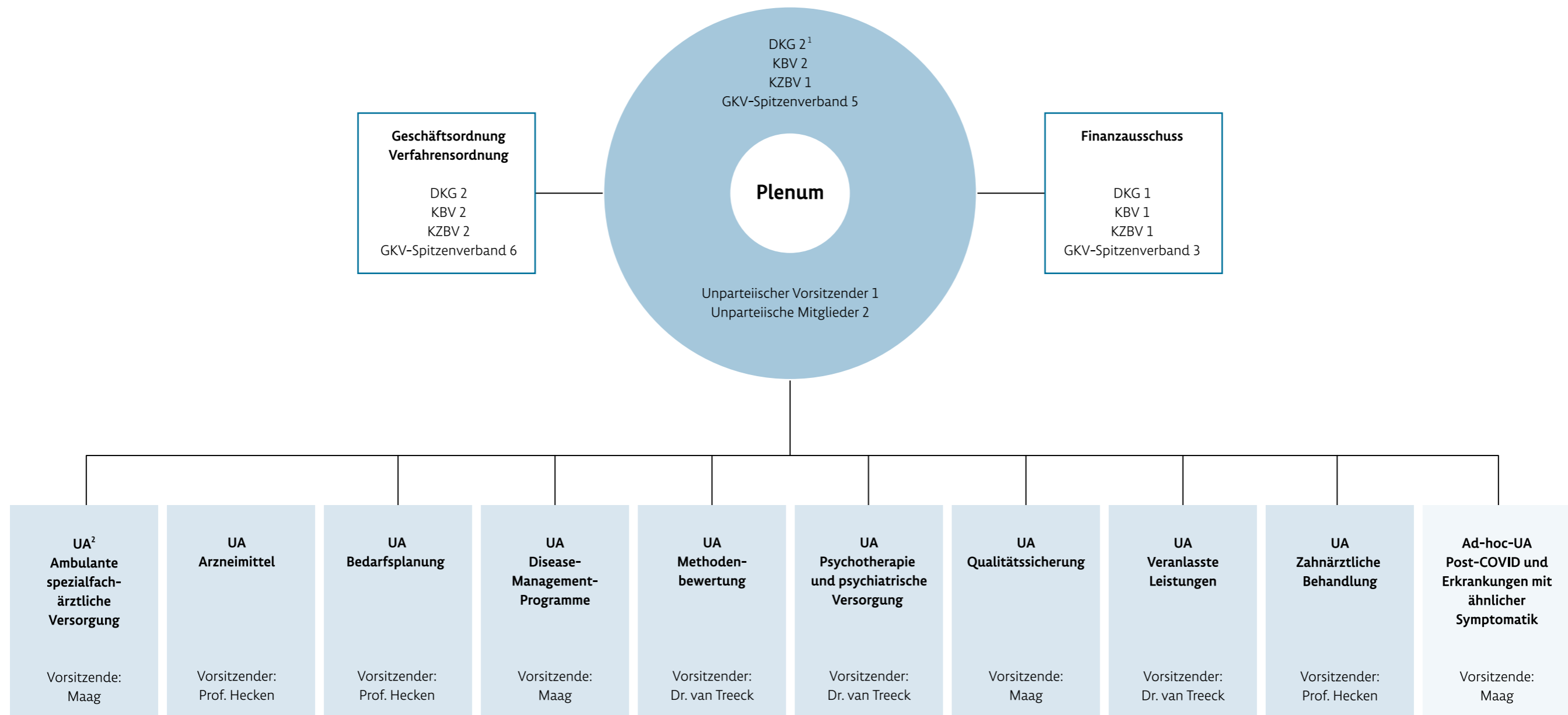
Bildnachweis

Georg J. Lopata: S. 2
Svea Pietschmann: S. 3, 6, 9, 17, 19, 23

Berlin 6/2026

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

Plenum und Unterausschüsse des G-BA



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

¹ Anzahl der Mitglieder
² Unterausschuss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Postanschrift

Postfach 120606
10596 Berlin

Besuchsadresse

Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Telefon

+49 30 275838-0

E-Mail

info@g-ba.de

Internet

www.g-ba.de