



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten



Inhalt

5

Ringen um Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit



9

Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses – einige Beispiele

- Arzneimittel 10
- Untersuchungsmethoden 20
- Operationsmethoden 26
- Früherkennungsmethoden 30
- Entwicklung von Qualitätsstandards 34
- Qualitätsberichte der Krankenhäuser 38
- Strukturierte Behandlung 42



47

Der Gemeinsame Bundesausschuss

- 48 Struktur
- 54 Arbeitsweise
- 58 Die Geschäftsstelle in Berlin
- 60 Recherchetipps für die Website



62

Impressum



Ringen um Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit

70 Millionen Menschen sind in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Sie haben Anspruch auf eine – so formuliert es der Gesetzgeber – ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Die GKV-Mittel sollen vor allem so eingesetzt werden, dass Kranke auch wirklich davon profitieren und die Krankenversicherung zugleich für alle bezahlbar bleibt. Angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts, der auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor ist, bleibt dies eine besondere und schwierige Aufgabe. Bei ihrer Bewältigung spielt der vom Gesetzgeber mit vielen Aufgaben betraute Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine wichtige Rolle.

Der G-BA definiert, was im Einzelnen unter einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung, wie sie im Gesetz beschrieben wird, zu verstehen ist. Damit legt er rechtsverbindlich den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten fest. Zudem sorgt er dafür, dass Patientinnen und Patienten nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt und untersucht werden. Bei seinen Entscheidungen stützt sich der G-BA auf zuvor durchgeführte wissenschaftliche Bewertungen.

Der G-BA wurde am 1. Januar 2004 durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung gegründet; seine Vorgängerinstitutionen* sind allerdings wesentlich älter. Er ist ein Gremium, das sich aus Vertretern der für die Gesundheitsversorgung verantwortlichen Kostenträger (gesetzliche Krankenkassen) und Leistungserbringer (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten und Zahnärzte) sowie mitberatenden Patientenvertretern zusammensetzt.

**Die Vorgängerinstitutionen des G-BA waren die früheren Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus sowie der Koordinierungsausschuss.*



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

Das Expertengremium trifft unabhängig von den im politischen Tagesgeschäft wirkenden Kräften schwierige Versorgungsentscheidungen. Der G-BA ist dabei als Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern so konstruiert, dass ein machtpolitisches Durchsetzen von Einzelinteressen nicht möglich ist, er jedoch auch in festgefahrenen Entscheidungssituationen zu Ergebnissen kommen kann. Die zunächst oft gegenläufigen Interessen werden dabei zu einem Konsens beziehungsweise dem größtmöglichen Kompromiss geführt. Dabei greift der G-BA gezielt auf die Expertise unabhängiger wissenschaftlicher Institute zurück und bindet sie in die Entwicklung von Versorgungslösungen ein.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Die Arbeit des G-BA in einigen Beispielen

Die folgenden Patientengeschichten lehnen sich an reale Verläufe an. Die Namen jedoch wurden frei erfunden.

Festbetragsgruppen

Arzneimittelpreise sinken

Anne Kaiser (40) sitzt im Sprechzimmer ihrer Internistin. Gerade hat sie ihre Routineuntersuchung hinter sich und sieht nun dabei zu, wie ihre Ärztin am PC ein Rezept vorbereitet. Anne Kaiser leidet seit einigen Jahren unter Sodbrennen. Der muskuläre Verschluss ihres Magens funktioniert nicht mehr richtig, und dies führt häufig zu einem Magensäurerückfluss und schmerzhaften Reizungen der Speiseröhre. Der Protonenpumpenhemmer, den ihre Ärztin jetzt auswählt, enthält den Wirkstoff Omeprazol. Der sorgt dafür, dass die Zellen ihrer Magenwände nicht zu viel Säure produzieren. Doch plötzlich hält die Ärztin inne: „Frau Kaiser, ich muss Ihnen etwas anderes aufschreiben. Das Präparat, das ich Ihnen immer verordnet habe, liegt jetzt über dem Festbetrag. Da müssten Sie 12 Euro zuzahlen“, erklärt sie mit Blick auf den Bildschirm. Das möchte Anne Kaiser natürlich nicht. „Kein Problem“, beruhigt ihre Ärztin und wählt ein anderes Präparat aus. „Wir nehmen dieses hier, das ist das gleiche, es heißt nur anders, wirkt aber genauso gut.“ Anne Kaiser wundert sich. Warum müsste sie jetzt plötzlich für ihr gewohntes Medikament zuzahlen und soll deshalb andere Tabletten nehmen?

Darum geht es

Viele Arzneimittel unterliegen in Deutschland einem sogenannten Festbetrag. Der Festbetrag ist eine Preisobergrenze für eine Gruppe therapeutisch gleichwertiger Präparate, bis zu der die Krankenkasse diese Medikamente bezahlt. 5,8 Milliarden Euro* sparen die gesetzlichen Krankenkassen derzeit pro Jahr allein durch Festbeträge, die dann für andere benötigte Behandlungen ausgegeben werden können. Der G-BA hat hierbei eine wichtige Aufgabe ... >

*Angaben des GKV-Spitzenverbands



› Er prüft, für welche Arzneimittel Festbeträge bestimmt werden können, und fasst diese zu sogenannten Festbetragsgruppen zusammen. Für Protonenpumpenhemmer wie Omeprazol hat der G-BA bereits im Juni 2004 eine Festbetragsgruppe gebildet. Der Hersteller des Präparates, das Anne Kaiser immer einnahm, hatte den Preis seitdem immer am Festbetrag orientiert, wenn dieser neu berechnet wurde. Doch nun passte er den Preis nicht mehr an. Um Zuzahlungen zu vermeiden, können Patientinnen und Patienten in einem solchen Fall zu einem anderen, ebenfalls zur Behandlung geeigneten zuzahlungsfreien Präparat wechseln. Anne Kaisers Internistin hat genau dies veranlasst.

Das macht der G-BA

Festbetragsgruppen darf der G-BA nur dann bilden, wenn für ein Anwendungsgebiet mehrere therapeutisch vergleichbare Präparate am Markt zugelassen sind. Das können Arzneimittel sein, die pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar sind oder die eine Gemeinsamkeit über das gleiche Anwendungsgebiet aufweisen. Innerhalb einer Festbetragsgruppe haben Ärztinnen und Ärzte deshalb immer die Wahl zwischen verschiedenen therapeutischen Alternativen, die sie auf Kosten der Krankenkasse verschreiben können. Bei rund 75 Prozent aller Arzneimittelverordnungen in Deutschland handelt es sich um Festbetragsarzneimittel.

Die Höhe der Festbeträge wird regelmäßig neu berechnet. Dies macht nicht der G-BA, sondern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Er legt nach den gesetzlichen Kriterien für jede vom G-BA gebildete Gruppe einen Festbetrag fest und übermittelt ihn zur Veröffentlichung im Internet an das Deutsche Institut für Dokumentation und Information (www.dimdi.de). Beide Schritte – die Gruppenbildung und das Festsetzen des Festbetrages – führen dazu, dass die günstigsten Arzneimittel in der Festbetragsgruppe einen Preisdruck nach unten auslösen, der zu wirtschaftlichen Arzneimittelpreisen führt. Hersteller orientieren sich üblicherweise mit ihren Preisen am Festbetrag, sind zu einer Absenkung jedoch nicht gezwungen. Bleiben sie bei einem höheren Preis, können Patienten Zuzahlungen nur durch den Wechsel zu einem in voller Höhe erstattungsfähigen und ebenfalls zur Behandlung geeigneten Produkt vermeiden.

Wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – wie Anne Kaisers Internistin – ein Arzneimittel verschreiben wollen, dessen Preis über dem Festbetrag liegt, erhalten sie einen Hinweis über ihre Praxissoftware. Hierüber müssen sie ihre Patientinnen und Patienten informieren und mit ihnen Alternativen beraten. Wird dennoch ein über dem Festbetrag liegendes Arzneimittel verordnet, müssen Patienten in der Regel die Differenz aufzahlen.

Übrigens ...

Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in Deutschland sofort nach ihrer Zulassung für gesetzlich Krankenversicherte als GKV-Leistung verfügbar. Da Versichertenbeiträge jedoch möglichst für die Medikamente ausgegeben werden sollen, die für Patientinnen und Patienten am zweckmäßigsten sind - und dies zu einem fairen Preis -, hat der Gesetzgeber den G-BA damit beauftragt, auf vielfältige Weise die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln zu gestalten und regulierend in den Arzneimittelmarkt einzugreifen.

Neben der beschriebenen Festbetragsgruppenbildung hat der G-BA noch weitere Eingriffsmöglichkeiten. Beispielsweise kann er die Verordnungsfähigkeit unzureichender oder unwirtschaftlicher Arzneimittel einschränken. Er kann auch Therapiehinweise geben, die Ärztinnen und Ärzte beachten sollen. Oder er prüft, ob Arzneimittel ausnahmsweise außerhalb ihrer zugelassenen Anwendungsgebiete (im sogenannten „Off-Label-Use“) verordnet werden dürfen. Neu auf dem Markt zugelassene Arzneimittelwirkstoffe muss er einer frühen Nutzenbewertung unterziehen (siehe S. 16).

Nutzenbewertung

Besserer Wirkstoff oder Scheininnovation?

Sebastian Anger (38) legt die Finger auf die Tasten seines Flügels und fängt an zu spielen. Nach ein paar Takten bricht er ab, trinkt einen Schluck Tee und lässt den Blick aus dem Fenster hinaus wandern. Das Spielen macht ihm Mühe. Vorhin hat er wieder dieses neue Medikament eingenommen. Es verursacht bei ihm zwar Übelkeit und Kopfschmerzen, wird ihm aber hoffentlich ein paar Monate oder gar ein Jahr mehr Lebenszeit schenken. Anger macht sich keine Illusionen. Er leidet an einem fortgeschrittenen schwarzen Hautkrebs, einem der aggressivsten Tumoren, die es gibt. Und da bereits Tochtergeschwulste (Metastasen) festgestellt wurden, besteht keine Chance mehr auf Heilung. Dem Familienvater ist klar, dass es bei seiner Therapie nur noch darum gehen kann, eine Frist zu verlängern. Die will er nutzen – unbedingt. Jeder Tag mit seiner Frau und seinen beiden Töchtern ist kostbar.

Darum geht es

Der Wirkstoff des Arzneimittels, das Sebastian Anger einnimmt, heißt Vemurafenib. Er ist seit Februar 2012 auf dem deutschen Markt zugelassen und wird bei Patientinnen und Patienten mit Hautkrebs eingesetzt, deren Tumor weder durch eine Strahlentherapie noch durch einen chirurgischen Eingriff entfernbar ist und der bereits Metastasen gebildet hat. Der G-BA hat für Vemurafenib im August 2012 nach einem aufwendigen Bewertungsverfahren Hinweise auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber der verfügbaren Vergleichstherapie, einer Chemotherapie, gefunden ... >

› Vemurafenib kann die Lebenserwartung der betroffenen Patientinnen und Patienten um mehrere Monate erhöhen. Das Arzneimittel wirkt allerdings nur bei Patienten, die eine bestimmte Genveränderung aufweisen; diese muss zuvor mit einem Test überprüft werden. Und leider hat es auch Nebenwirkungen. Doch angesichts der Schwere der Krankheit hat der G-BA dem Nutzen der längeren Lebenserwartung bei der Bewertung ein größeres Gewicht beigemessen. Der Wirkstoff war zum Zeitpunkt der Entscheidung noch nicht sehr breit erforscht. Der G-BA konnte deshalb nur auf die Ergebnisse einer einzigen europaweit angelegten Studie zurückgreifen und will sich das Thema deshalb noch einmal vornehmen, wenn weitere Studienergebnisse vorliegen.

Das macht der G-BA

In Deutschland sind neu zugelassene Arzneimittelwirkstoffe wie Vemurafenib sofort nach Markteintritt verordnungsfähig und stehen den Patienten damit gleich zur Verfügung. Solche neu entwickelten, unter Patentschutz stehenden Wirkstoffe sind in der Regel sehr teuer. Bislang durften die Hersteller dafür einen selbst festgelegten Preis fordern – und die Versicherungsgemeinschaft respektive die gesetzliche Krankenkasse zahlte. Mit Beginn des Jahres 2011 hat der Gesetzgeber diesen Mechanismus beendet. Seitdem wird sofort nach Marktzulassung eines neuen Wirkstoffs mit der Prüfung begonnen, ob dieser besser ist als die bisher verfügbaren.

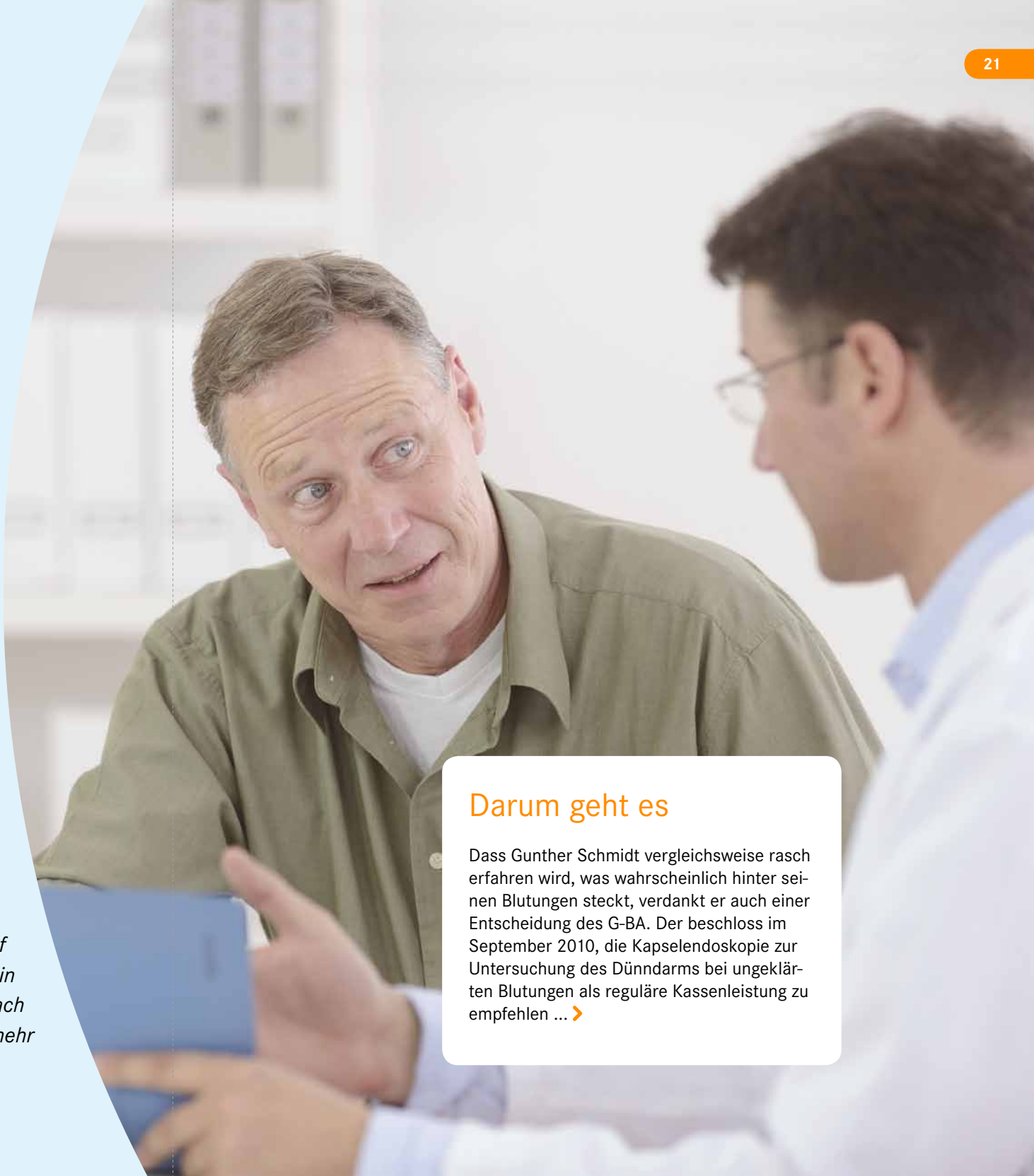
Der G-BA hat hierbei eine wichtige Aufgabe: Er muss jeden neuen Arzneimittelwirkstoff, der auf den deutschen Markt kommt, innerhalb von sechs Monaten nach Markteintritt einer sogenannten frühen Nutzenbewertung unterziehen. Dabei prüft der G-BA, ob es sich tatsächlich um etwas Neues handelt, das den Patientinnen und Patienten mehr nützt als die bislang verfügbaren Vergleichstherapien. Dieser Zusatznutzen kann auch darin bestehen, dass geringere Nebenwirkungen auftreten.

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

Untersuchungs- methoden

Bilder aus dem Inneren

Übermorgen soll er tatsächlich eine kleine Kamera schlucken. Gunther Schmidt (58) findet die Vorstellung ein wenig befremdlich. Doch er will endlich Klarheit darüber haben, warum bei ihm eine ausgeprägte Anämie festgestellt wurde, für die innere Blutungen die Ursache sein könnten. Gunther Schmidt ist sehr besorgt. Um einzugrenzen, wo die Blutungsquelle liegen könnte, hat ihn sein Hausarzt an einen Facharzt für Magen-/Darmkrankheiten überwiesen. Der führte zunächst eine Magenspiegelung und einige Tage später noch eine Darmspiegelung durch. Doch die Untersuchungen zeigten keine Auffälligkeiten. Nun ist eine Kapselendoskopie angezeigt, mit der man noch mehr sehen kann. Gerade wird Gunther Schmidt erklärt, was das ist und wie das Ganze ablaufen wird. Ab morgen Mittag darf er sich nur noch flüssig ernähren. Übermorgen wird er dann morgens in der Praxis eine kleine Kapsel schlucken. In die ist eine Minikamera eingebaut, die auf ihrem Weg durch das Verdauungssystem Bilder an ein Aufzeichnungsgerät an seinem Gürtel übermittelt. Nach gut acht Stunden ist alles vorbei. Sein Arzt wird dann mehr wissen und kann ihn gezielter behandeln.



Darum geht es

Dass Gunther Schmidt vergleichsweise rasch erfahren wird, was wahrscheinlich hinter seinen Blutungen steckt, verdankt er auch einer Entscheidung des G-BA. Der beschloss im September 2010, die Kapselendoskopie zur Untersuchung des Dünndarms bei ungeklärten Blutungen als reguläre Kassenleistung zu empfehlen ... >



› Seit der Einführung kann sie nicht nur von Krankenhäusern, sondern auch von bestimmten Gruppen niedergelassener Fachärztinnen und -ärzte durchgeführt werden, wenn diese entsprechende Praxisvoraussetzungen erfüllen. Da der Dünndarm aufgrund seiner Lage und Länge von geführten Untersuchungskameras (flexiblen Endoskopen) nicht gut beziehungsweise überhaupt nicht erreichbar ist und nur über eine Operation komplett untersucht werden könnte, bedeutet die Kapselendoskopie eine deutliche diagnostische Verbesserung. Eine Analyse aller zum Zeitpunkt der Entscheidung verfügbaren Studien zeigte, dass das Verfahren nur selten Komplikationen mit sich bringt und Untersuchungsergebnisse liefert, die gezieltere Therapieentscheidungen ermöglichen.

Das macht der G-BA

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

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

Übrigens ...

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

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

*Antragsberechtigt für ein Methodenbewertungsverfahren im ambulanten Bereich sind die unparteiischen Mitglieder des G-BA, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der GKV-Spitzenverband und die Patientenvertretung. Antragsberechtigt für Methodenbewertungen im Krankenhaus sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Krankenhausträger, der GKV-Spitzenverband und die Patientenvertretung.

Operationsmethoden

Neuer Knorpel fürs Knie

Nächste Woche hat er endlich seine lang ersehnte Knie-OP. Markus Stella (29) kann es gar nicht erwarten. Der ehemalige Leistungsturner leidet seit vielen Jahren an massiven Kniegelenkbeschwerden. Dass die vielen Sprünge vom Reck und am Boden nicht gesund sind, war klar. Aber er räumte so viele Titel ab, dass er die Schmerzen ignorierte. Mit seinem Orthopäden – bei dem er Dauerpatient ist – hat er lange überlegt, ob ein neues Operationsverfahren für ihn vielleicht in Frage kommen könnte. Der Name ist schwer auszusprechen: matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation. Dabei werden ihm körpereigene Knorpelzellen (Chondrozyten) aus dem Knie entnommen, im Labor kultiviert und mit einer Trägersubstanz aus verschiedenen Biomaterialien vermischt. Diesen Teil der Prozedur hat Markus Stella schon hinter sich. In einer zweiten Operation wird diese Masse dann in die defekten Knorpelzonen am Kniegelenk eingebracht. Die Operation ist in ihren Auswirkungen noch nicht abschließend erforscht. Doch Markus Stella ist fest entschlossen: Er will sie durchführen lassen.

Darum geht es

Mit der autologen Chondrozytenimplantation (kurz ACI), die seit den 1990er Jahren in Kliniken angeboten wird, beschäftigt sich der G-BA seit vielen Jahren und er hat sie bereits zu verschiedenen Einsatzgebieten bewertet. Für eine Behandlung am Finger- und Schultergelenk und am Großzehengrundgelenk hat er die ACI ausgeschlossen. Es zeigte sich, dass es dafür bessere Behandlungsmethoden gibt. Anders sieht es jedoch bei der Behandlung von Kniegelenken aus ... >





► Hier wird die ACI häufig angewandt. Da zu diesem Anwendungsgebiet gerade eine große europäische Studie läuft, hat der G-BA sein Bewertungsverfahren unterbrochen und wartet die Ergebnisse ab. Am Kniegelenk dürfen Krankenhäuser die Operation deshalb weiterhin als Kassenleistung durchführen. Ungeachtet der noch ausstehenden Nutzenbewertung hat der G-BA hierzu bereits Qualitätsvorgaben festgelegt, um sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten wie Markus Stella optimal aufgeklärt und behandelt werden. Nur Kliniken, die diese Kriterien erfüllen und nach diesen Vorgaben arbeiten, dürfen die Operation als GKV-Leistung anbieten.

Das macht der G-BA

Leider gibt es zu vielen Behandlungsmethoden – auch wenn sie im Krankenhaus schon mehrere Jahre angewandt werden – zum Zeitpunkt der G-BA-Bewertung oft noch sehr wenige oder nicht ausreichend aussagekräftige Studienergebnisse. Das liegt zum Teil daran, dass man chirurgische, strahlenmedizinische oder andere Verfahren erst einmal bei einer aussagekräftigen Zahl von Patientinnen und Patienten anwenden muss, bis man deren Wirkung in vollem Umfang einschätzen kann. Das kann manchmal viele Jahre dauern. Auch der Vergleich mit anderen bisher angewandten Methoden ist nicht leicht, denn die in Vergleichsstudien einbezogenen Patientinnen und Patienten müssen sich ja in Bezug auf Alter, Lebensumstände und Vorerkrankung in etwa ähnlich sein. Bei allzu unsicherer Studienlage kann eine Methode wissenschaftlich aber nicht als positiv bewertet werden.

In Fällen, in denen der Nutzen einer Methode noch nicht umfassend erforscht ist, es aber bereits Hinweise auf deren Potenzial gibt, kann der G-BA seit 2012 selbst Studien zur Erprobung durchführen. In einem solchen Fall unterbricht er sein Bewertungsverfahren, um nach dem Abschluss der Erprobung deren Ergebnisse in die Bewertung einbeziehen zu können. Ein entsprechendes Vorgehen wird auch mit Blick auf bereits laufende Studien gewählt.

Zu vielen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden setzt der G-BA im Zuge des Bewertungsverfahrens Qualitätsvorgaben fest. Nur Einrichtungen mit einer entsprechenden Ausstattung und qualifiziertem Personal dürfen sie durchführen.

Früherkennungsmethoden

Screening für die Kleinsten

Thea Bergmann (35), nach der schweren Entbindung noch etwas wacklig auf den Beinen, schiebt ihre zwei Tage alte Tochter Clara zurück in ihr Wöchnerinnenzimmer. Sie muss erst einmal verdauen, was sie eben erfahren hat. Beim Hörtest, der jetzt für alle Neugeborenen am zweiten Lebenstag angeboten wird, hat der Kinderarzt der Klinik Auffälligkeiten bei Clara festgestellt. Seine Messung weist darauf hin, dass die Kleine beidseitig fast nichts hört. Die Untersuchung muss in einigen Tagen ambulant noch einmal wiederholt werden. Falls sich das Ergebnis bestätigt, könne man ihre Tochter sehr schnell und gut behandeln, so dass sie sich ganz normal entwickeln werde, hat sie der Klinikarzt beruhigt. Thea Bergmann greift zum Handy. Gleich wird sie ihren Mann anrufen.

Darum geht es

Dass die Bergmanns so früh von der Hörstörung ihrer kleinen Tochter erfahren haben und schon bald wissen werden, wie frühzeitig und gut sie Clara deshalb behandeln lassen können, geht auf eine Entscheidung des G-BA zurück. Er sorgte dafür, dass seit dem Jahr 2009 das Neugeborenen-Hörscreening – eine flächendeckende Reihenuntersuchung – für alle Kinder bis zum dritten Tag nach der Geburt angeboten wird. Zeigt das Screening Auffälligkeiten, ergeben sich daraus erste Hinweise auf eine angeborene Hörstörung ... >





› Um diese zu überprüfen, muss die Untersuchung in einem solchen Fall einige Zeit später noch einmal wiederholt werden. Das Hörscreening wurde eingeführt, weil der weltweite Forschungsstand zeigte, dass sich hörgeschädigte Kinder umso besser verständigen und Wissen aufnehmen können, je früher sie behandelt werden. Je nachdem, wie stark eine Schwerhörigkeit ausgeprägt ist und welche Ursache dahintersteckt, stehen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Das macht der G-BA

Der G-BA bewertet auch Früherkennungsuntersuchungen auf ihren Nutzen, ihre Notwendigkeit und ihre Wirtschaftlichkeit. Bei diesem Thema müssen neben der bereits beschriebenen bloßen Bewertung der einzusetzenden Untersuchungsmethode weitere Abwägungen vorgenommen werden. Denn bei Früherkennungsmaßnahmen wird beschwerdefreien Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen flächendeckend eine medizinische Untersuchung angeboten, die sie freiwillig durchführen lassen können. Dieser Aufwand muss in einem vernünftigen Verhältnis zum Nutzen stehen, den die tatsächlich Erkrankten davon haben, dass ihre Krankheit früh erkannt und behandelt wird.

So hat der G-BA etwa zu prüfen, ob eine Krankheit mit einer Früherkennungsmaßnahme überhaupt eindeutig und zielsicher erkannt werden kann. Dann muss er wissen, ob dafür gute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Gibt es diese gar nicht, würde auch das frühe Auffinden der Krankheit wenig nützen. Gibt es gute Therapien, untersucht der G-BA, ob deren Behandlungserfolg wirklich davon abhängt, wie früh die Krankheit entdeckt wird. Gibt es hier einen Zusammenhang, sieht sich der G-BA die Testverfahren zur Früherkennung genau an. Eine gute Früherkennungsuntersuchung muss Kranke zuverlässig erkennen können, sollte aber auch nicht unnötig falschen Alarm auslösen und eigentlich Gesunde dadurch belasten. Zudem darf sie für die Untersuchten nicht gefährlich oder schädlich sein.

Viele Früherkennungsuntersuchungen haben das Bewertungsraster des G-BA erfolgreich passiert. Neben dem Neugeborenen-Hörscreening und dem erweiterten Neugeborenen-Screening stehen Versicherten derzeit Früherkennungsuntersuchungen unter anderem zu Hautkrebs, Brustkrebs, Darmkrebs, Chlamydienbefall oder Schwangerschaftsdiabetes zur Verfügung. Zur Information und Vorbereitung auf das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin oder dem Arzt hat der G-BA hierzu Merkblätter entwickelt. Sie sollen Versicherten bei der Entscheidung helfen, ob sie ein Früherkennungsangebot wahrnehmen möchten oder nicht.

Entwicklung von Qualitätsstandards

Kinder-Herzoperationen

Manuel (6) ist der Jüngste in der großen Familie Krüger und wirkt völlig gesund. Er ist es aber leider nicht; Manuel hat einen angeborenen Herzfehler. Seine Krankheit hat das Leben der Krügers völlig umgekrempelt, denn er ist körperlich nicht sehr belastbar, oft müde und isst schlecht. Zudem muss er regelmäßig Medikamente nehmen und oft zum Kinderkardiologen und ins Krankenhaus. Doch in vier Tagen wird vielleicht alles anders, denn dann wird Manuel operiert; seine kranke Herzklappe wird ersetzt. Seine Mutter Karin packt gerade die Koffer für sich und ihren Mann und weist ihre Schwester ein, die bei Krügers in den nächsten zwei Wochen als Ersatzmutter einspringt. Das Krankenhaus, in dem die Operation stattfinden wird, ist 200 Kilometer entfernt und hat große Abteilungen für Herzchirurgie und Kinderkardiologie. Krügers werden ihren Sohn begleiten und, wann immer es geht, bei ihm sein. Karin Krüger versucht, sich nicht anmerken zu lassen, wie besorgt sie ist.

Darum geht es

Manuels Eltern können davon ausgehen, dass die Klinik, in der ihr Sohn nächste Woche operiert wird, nach verbindlichen Qualitätsstandards arbeitet und über die entsprechende Ausstattung verfügt. Der G-BA hat im Februar 2010 mit seiner „Richtlinie zur Kinderherzchirurgie“ die Anforderungen für die Erbringung der ausgesprochen anspruchsvollen kinderherzchirurgischen Eingriffe einheitlich vorgegeben ... >





› Seitdem dürfen herzkranke Kinder und Jugendliche nur noch in solchen Krankenhäusern operiert werden, die über die vom G-BA vorgegebene Ausstattung verfügen und deren Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte die festgelegten fachlichen Qualifikationen und Erfahrungen mitbringen. Diese Kriterien können großen Einfluss auf den Operations- und Behandlungserfolg sowie die Lebensqualität der operierten Kinder haben. Die betreffenden Kliniken müssen jedes Jahr gegenüber den Krankenkassen nachweisen, dass sie die vorgegebenen Qualitätskriterien tatsächlich erfüllen.

Das macht der G-BA

Es gehört zu den Aufgaben des G-BA, Qualitätsanforderungen für bestimmte medizinische Eingriffe festzulegen. Dabei sucht er nach Kriterien, die Einfluss auf deren Qualität haben. Hierzu berücksichtigt der G-BA vorliegende Forschungsergebnisse und holt Expertenwissen ein. Natürlich ist es für den Behandlungserfolg sehr wichtig, dass die Ärztinnen und Ärzte sowie das nicht ärztliche Personal entsprechend qualifiziert sind. Der G-BA gibt vor, wie viele Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte mit welchen Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen erforderlich sind.

Handelt es sich wie in diesem Beispiel um einen chirurgischen Eingriff, ergibt sich daraus klar, welche Operationen und Prozeduren die Chirurgen in den letzten Jahren regelmäßig selbstständig durchgeführt haben müssen. Auch die Abläufe in einem Krankenhaus sowie dessen räumliche und technische Ausstattung können entscheidenden Einfluss auf den Operations- und Behandlungserfolg haben.

Gezielte Kliniksuche

Eva Rudzinski sitzt an ihrem Computer und macht sich Notizen. Bei ihrer Schwester (70) soll demnächst ein neues Hüftgelenk eingesetzt werden und sie will nachsehen, welche Kliniken vor Ort mit diesem Eingriff viel Erfahrung haben und eine gute Qualität vorweisen können. In der Kliniksuchmaschine ihrer Krankenkasse gibt sie gerade eine Postleitzahl ein und legt einen Suchumkreis fest. Nun muss sie die Art der gewünschten Operation angeben. Die Suchmaschine zeigt eine lange Auswahlliste. Vier Kliniken in der Nähe weisen sehr hohe Fallzahlen auf, haben also viel Erfahrung. Die schreibt sie sich schon mal auf einen Zettel. Doch die Liste bietet noch weitere Auswahlkriterien: Eine Art Ampelsystem zeigt zum Beispiel an, bei welchen Kliniken es bei diesem Eingriff überdurchschnittlich häufig zu ungeplanten Folgeoperationen, Thrombosen (Blutgerinnseln) oder chirurgischen Komplikationen kam. Die vier Häuser, die sie sich herausgesucht hat, schneiden hier recht unterschiedlich ab. Als sie weitere Qualitätsaspekte findet, sortiert sie die Auswahlliste noch einmal neu und wird dabei auf eine weitere Klinik aufmerksam. Sie liegt etwas weiter entfernt, hat aber offenbar gute Behandlungserfolge erzielt. Drei Krankenhäuser stehen am Ende auf ihrem Zettel. Nächste Woche wird sie ihre Schwester zum Arzt begleiten. Sie wollen sich dazu mit ihm beraten.

Darum geht es

In der Kliniksuchmaschine, die Eva Rudzinski auf der Website ihrer Krankenkasse gefunden hat, steckt nicht nur die Arbeit von Programmierern, sondern auch die des G-BA. Denn die Daten, mit denen die Suchmaschine regelmäßig „gefüttert“ wird, stammen aus den sogenannten Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Und was dort alles drin stehen muss, legt im Auftrag des Gesetzgebers der G-BA fest ... >



› Seit 2005 sind alle Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, in einem inzwischen jährlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht eine Vielzahl von Informationen zu erstellen und über die Landesverbände der Krankenkassen zu veröffentlichen. Er soll allen Versicherten und einweisenden Ärzten die Möglichkeit geben, sich über Kliniken objektiv zu informieren und sie miteinander zu vergleichen. Damit das schnell geht, können Interessierte auf Kliniksuchmaschinen zurückgreifen, die zum Beispiel die Krankenkassen oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf ihren Websites anbieten. Diese Suchmaschinen ermöglichen eine rasche Auswahl nach Strukturdaten (z. B. vorhandenen Abteilungen, Personalqualifikation, Fallzahlen) und verschiedenen Qualitätsindikatoren.

Das macht der G-BA

Der G-BA hat im Bereich der Qualitätssicherung sehr umfangreiche Aufgaben. Wie das Beispiel zeigt, sorgt er unter anderem dafür, dass sich Patienten und einweisende Ärzte über Kliniken besser informieren können.

Ein weiterer gesetzlicher Auftrag des G-BA bezieht sich auf die Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen der Krankenhäuser. Dazu beauftragt der G-BA eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Entwicklung von Messverfahren, die eine vergleichende Darstellung der erbrachten Behandlungsqualität ermöglichen. Denn Kliniken sind in Deutschland gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Behandlungs- und Ergebnisqualität in bestimmten Leistungsbereichen regelmäßig zu erfassen und sich einem bundesweiten Vergleich zu stellen. Falls sich Auffälligkeiten zeigen, wird in speziell dafür eingerichteten Expertengremien geklärt, ob es sich nur um statistische „Ausreißer“ handelt oder tatsächlich ein Qualitätsproblem vorliegt. Ist das der Fall, wird zum Beispiel in gezielten Fachgesprächen nach den Ursachen und Verbesserungsmöglichkeiten gesucht. Der G-BA legt fest, was im Einzelnen von den Kliniken dokumentiert werden muss und in welcher Weise die Daten bundesweit verarbeitet, verglichen, fachlich bewertet und veröffentlicht werden. Das aufwendige Verfahren unterstützt Krankenhäuser dabei, ihre Patientinnen und Patienten so gut wie möglich zu behandeln.

Darüber hinaus macht der G-BA auch Qualitätsvorgaben für Vertragspraxen von Ärzten und Zahnärzten. Außerdem beauftragt er die Entwicklung von Verfahren, mit denen man die Qualität einer Krankenbehandlung über die Grenzen von Klinik und Praxis hinweg im zeitlichen Verlauf messen und vergleichen kann.

Strukturierte Behandlung für Asthmapatienten

Der Student Henning Glaumann (23) ist noch neu in der Stadt – und „krank sein“, das passt ihm jetzt eigentlich gar nicht. Doch seine Gräserallergie hat sich am neuen Wohnort verschlimmert. Seine Antihistamin-Tabletten helfen plötzlich nicht mehr richtig und bei einigen seiner allergischen Attacken zeigt sich neuerdings eine seltsame Atemnot, die von einem trockenen Husten begleitet wird. Er hat den Verdacht, dass es Asthma sein könnte. Vorige Woche hatte er bei einem Anfall das Gefühl, fast zu ersticken. Der Allgemeinmediziner und Allergologe, den er heute besorgt aufgesucht hat, hat ihn gerade untersucht und einen Lungenfunktionstest durchgeführt. Nach einem Blick auf den Auswertungsbogen bestellt ihn sein Arzt für die nächste Woche zu einem mehrstufigen Allergietest ein und rät ihm anschließend, sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm bei seiner Krankenkasse einzuschreiben. Er werde dann systematisch und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit weiteren Fachärzten versorgt.

Darum geht es

Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten können sich bei ihrer Krankenkasse in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben lassen. Damit kann die Behandlung chronisch kranker Patienten über Einrichtungsgrenzen hinweg koordiniert und sichergestellt werden, dass auf der Grundlage wissenschaftlich belegter Erkenntnisse behandelt wird. Ziel ist hierbei, dass dadurch bereits im Vorfeld Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und Folgeschäden vermieden werden. Diese strukturierten Behandlungsprogramme – man nennt sie auch Disease-Management-Programme (DMP) – entwickelt der G-BA ... >



› Das DMP Asthma gibt es seit dem Jahr 2005. Es gibt vor, welche Schritte Ärztinnen und Ärzte zur Abklärung der Diagnose „Asthma“ durchführen müssen und bei welchen Ergebnissen die Krankheit tatsächlich vorliegt. Ist eingegrenzt, wodurch die Asthmaanfälle ausgelöst werden, erhalten die Patientinnen und Patienten eine systematische Schulung zum Umgang mit ihrer Krankheit. Für die Arzneimitteltherapie sind im DMP Wirkstoffgruppen vorgegeben, die in einem individuell ausgearbeiteten Stufenschema zum Einsatz kommen. Neben Vorgaben zur Behandlung selbst legt das DMP auch die erforderliche Qualifikation der beteiligten Ärzte und Therapeuten fest.

Über sechs Millionen Versicherte sind mittlerweile in strukturierte Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen eingeschrieben. Die Teilnahme an einem DMP ist für sie freiwillig und kostenlos. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine ärztlich gesicherte Diagnose, die Bereitschaft der Patienten zur aktiven Mitarbeit sowie ihr Einverständnis zu der Erhebung ihrer Behandlungsdaten.

Das macht der G-BA

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

Mittlerweile hat der G-BA für sechs chronische Krankheitsbilder DMP entwickelt: für Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, für koronare Herzkrankheiten und für Brustkrebs. Regelmäßig werden sie an den neuesten wissenschaftlichen Forschungsstand angepasst.

* s. Kapitel Arbeitsweise S. 54



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Struktur und Arbeitsweise

Struktur

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird von den für die ärztliche Versorgung verantwortlichen Kostenträgern (gesetzliche Krankenkassen) und Leistungserbringern (Krankenhäuser, Ärzte/Psychotherapeuten, Zahnärzte) gebildet. Sein zentrales Entscheidungsgremium ist das Plenum, das mit 13 stimmberechtigten Mitgliedern besetzt ist.

Das Plenum tagt in der Regel zweimal monatlich in öffentlicher Sitzung und setzt sich folgendermaßen zusammen:

- **3 unparteiische Mitglieder**
Eines der unparteiischen Mitglieder ist zur/zum Vorsitzenden des G-BA berufen, leitet die Plenumssitzungen und bereitet sie gemeinsam mit den beiden anderen Unparteiischen vor.
- **5 Vertreter des GKV-Spitzenverbands,**
des Vertretungsorgans aller gesetzlichen Krankenkassen
- **2 Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV),**
in der alle niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeuten/Psychotherapeuten organisiert sind, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen
- **2 Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG),**
der Interessenvertretung der Krankenhäuser
- **1 Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV),**
in der alle mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnenden niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte organisiert sind

Zudem nehmen an den Sitzungen des Plenums 5 Patientenvertreterinnen und -vertreter beratend teil. Alle Plenumsmitglieder sind – bis auf die 3 Unparteiischen – ehrenamtlich im G-BA tätig.

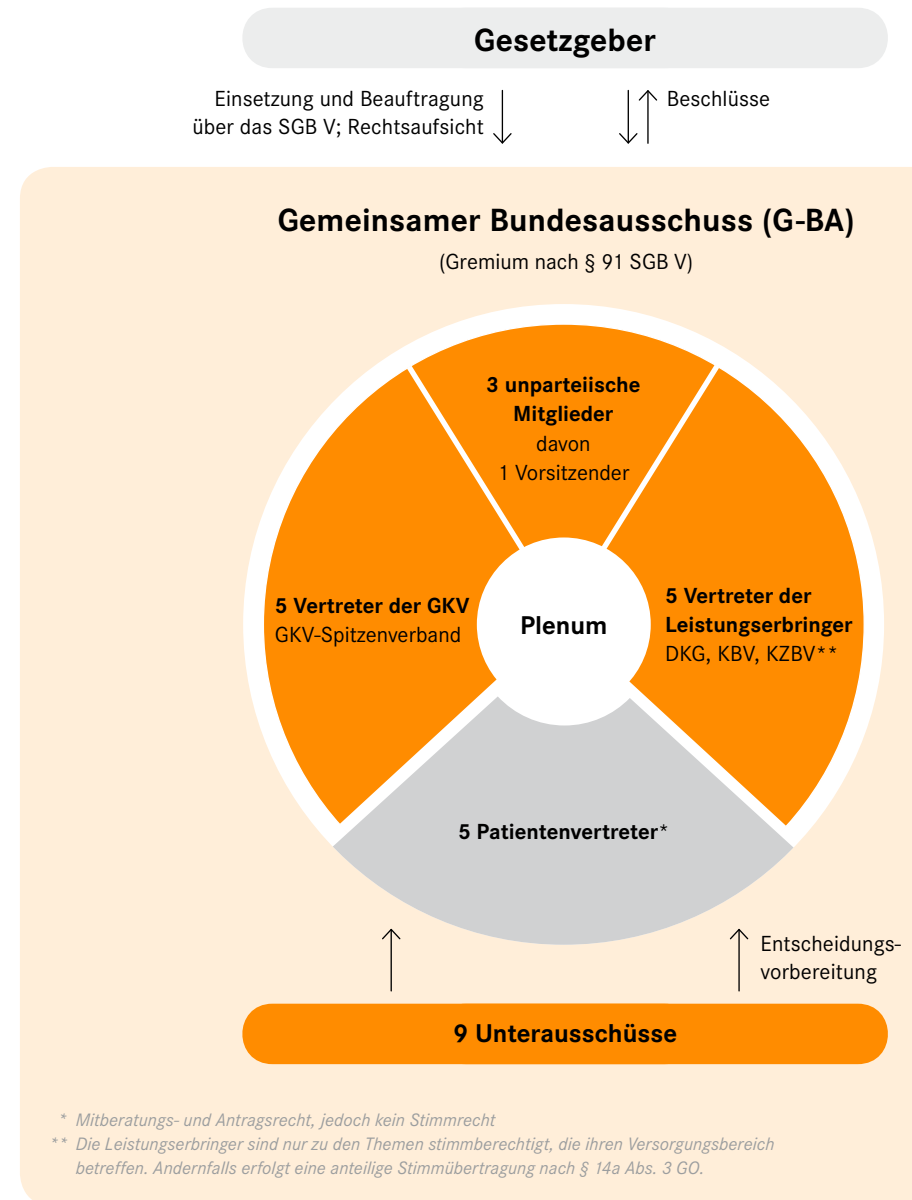
Alle Entscheidungen des Plenums werden in insgesamt 9 Unterausschüssen vorbereitet (s. Grafik rechts). Wie das Plenum sind auch sie im gleichen Verhältnis mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Leistungserbringer und der Patientenvertretung besetzt. Den Vorsitz hat jeweils eines der unparteiischen Mitglieder. Zur Bearbeitung spezieller Fragestellungen werden von den Unterausschüssen zusätzlich mit Fachexpertinnen und -experten besetzte Arbeitsgruppen (AG) eingerichtet.

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

Finanzierung

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

Im Jahr 2013 betrug der Systemzuschlag 1,13 € pro Krankenhausfall, 3,342507 Cent pro Fall in einer Vertragsarztpraxis und 3,341787 Cent pro Fall in einer vertragszahnärztlichen Praxis. Mit dem Systemzuschlag deckt der G-BA seinen Haushaltsbedarf sowie den des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, s. S. 55) ab. Der G-BA-Haushalt enthält auch die Kosten für die Beauftragung wissenschaftlicher Institute.



Die Trägerorganisationen des G-BA

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

www.gkv-spitzenverband.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

www.dkgev.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

www.kbv.de

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

www.kzbv.de

Die unparteiischen Mitglieder

Die Positionen der unparteiischen Mitglieder werden auf Basis einvernehmlicher Vorschläge der Trägerorganisationen des G-BA und mit Zustimmung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags besetzt. Die drei unparteiischen Mitglieder sind während ihrer sechsjährigen Amtszeit hauptamtlich für den G-BA tätig (www.g-ba.de/institution/struktur/unparteiische/).

Die Patientenvertretung

An allen Sitzungen des Plenums, der Unterausschüsse und auch der Arbeitsgruppen im G-BA sind Patientenvertreterinnen und -vertreter beteiligt. Sie haben ein Antrags- und Mitberatungs-, jedoch kein Stimmrecht (www.g-ba.de/institution/struktur/patientenbeteiligung/).



Arbeitsweise

Die Schritte, mit denen der G-BA zu seinen Beschlüssen kommt, sind in seiner Geschäfts- und Verfahrensordnung genau festgelegt. Bei all seinen Entscheidungen muss er den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen, und zwar nach den Standards der evidenzbasierten Medizin.

Der Begriff kommt aus dem Englischen und lässt sich mit „beweiggestützte Medizin“ übersetzen. Er beschreibt ein Verfahren, das zu einer präzisen Fragestellung alle weltweit veröffentlichten Studien sucht und auswertet. Dabei wird geprüft, wie aussagekräftig die gefundenen Studien und damit ihre Ergebnisse sind.

Wie die Beispiele im vorderen Teil dieser Broschüre zeigen, fragt der G-BA bei seinen Bewertungen auch nach dem Patientennutzen. Gemeint sind damit Ergebnisse wie Heilung, Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden, Verbesserung der Lebensqualität, Vermeidung von Todesfällen oder Verringerung von Nebenwirkungen. Der G-BA vergleicht die Ergebnisse hierzu mit denen schon vorhandener therapeutischer Alternativen.

Bei seinen Bewertungen kann sich der G-BA von unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen unterstützen lassen. Dies ist vor allem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln, eine nach den Vorgaben des Gesetzgebers* eigens vom G-BA gegründete unabhängige Stiftung (www.iqwig.de). Auch zu Fragen der Qualitätssicherung beauftragt der G-BA, wie vom Gesetzgeber gefordert, ein externes Institut**.

Vor den Entscheidungen des G-BA haben zudem zahlreiche Institutionen Gelegenheit zur schriftlichen und mündlichen Stellungnahme. Diese Stellungnahmerechte bestehen – je nach Thema – in unterschiedlichen Phasen der Beratung und binden verschiedene Institutionen mit ein. Auch dies ist in der Verfahrensordnung des G-BA genau festgelegt.

Die Rechtsaufsicht über den G-BA hat das für Gesundheit zuständige Bundesministerium. Es überprüft, ob die G-BA-Beschlüsse die gesetzlichen Vorgaben berücksichtigen und die Verfahrensordnung eingehalten wurde. Viele Beschlüsse des G-BA müssen vom Ministerium geprüft und im Bundesanzeiger veröffentlicht werden, bevor sie in Kraft treten können.

* nach § 139a SGB V

** nach § 137a SGB V

Die Sitzungen des Plenums sind öffentlich

Das Plenum tagt in der Regel an jedem ersten und dritten Donnerstag im Monat in der Geschäftsstelle des G-BA in Berlin. Zu den Sitzungen können sich interessierte Bürgerinnen und Bürger als Gäste anmelden. Sie haben damit die Möglichkeit, Diskussionen, Beratungen und Beschlüsse im G-BA „live“ zu verfolgen. Nähere Informationen zu den öffentlichen Sitzungen sind auf der G-BA-Website www.g-ba.de unter Institution/Service/Sitzungsanmeldung veröffentlicht.

Die Entscheidungen finden Sie online

Beschlüsse des Plenums werden auf der Website des G-BA www.g-ba.de im Informationsarchiv veröffentlicht. Diese umfangreichen Daten werden tagesaktuell gepflegt. Hier sind Beschlüsse und Richtlinien zu finden, Letztere mit sämtlichen Anlagen und historischen Versionen. Über einen E-Mail-Infodienst (unter Institution/Service) ist es möglich, kostenlos alle in Kraft getretenen Beschlüsse und andere Informationen des G-BA tagesaktuell online zu beziehen. Recherchetipps für die G-BA-Website finden Sie auf S. 61.

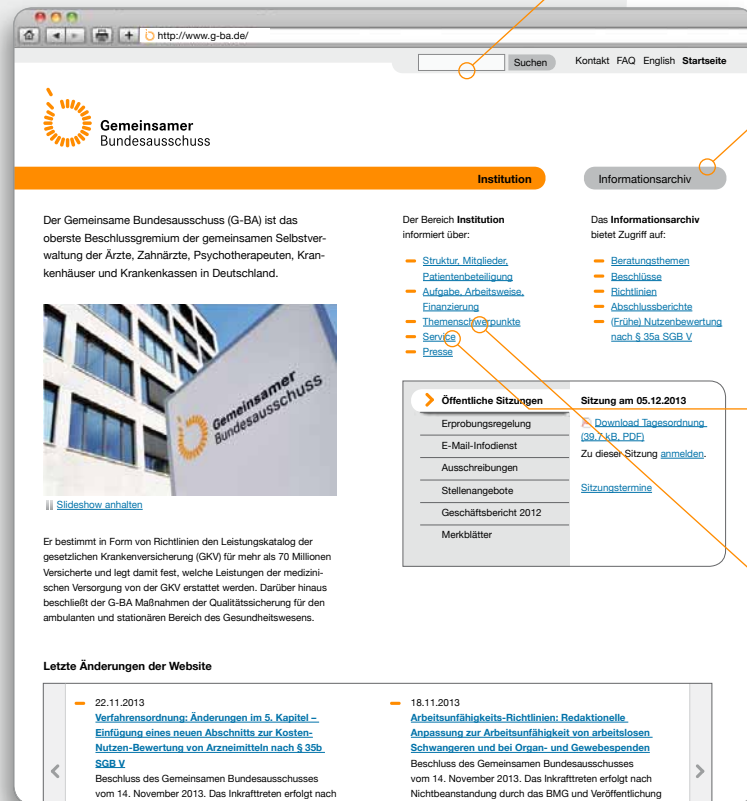


Die Geschäftsstelle in Berlin

Die Gremien des G-BA werden bei ihrer Arbeit von der G-BA-Geschäftsstelle unterstützt, die seit 2010 ihren Dienstsitz in Berlin hat. Dort finden alle Gremiensitzungen des G-BA statt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle bereiten alle Sitzungen der G-BA-Gremien vor und sorgen für einen reibungslosen und vorschriftsmäßigen Sitzungsablauf sowie für rechtssichere Beschlussfassungen. Sie unterstützen die Unparteiischen bei ihren Aufgaben, beraten die Gremien juristisch und methodisch, halten eine Fachbibliothek vor, organisieren Veranstaltungen und informieren die Öffentlichkeit.



www.g-ba.de – Recherchetipps



Schlagnwortsuche

Über das Feld „Suche“ in der Kopfleiste der Website können Sie eine erste Schlagwortsuche vornehmen. Die Fundstellen sind nach Quellentypen gegliedert (zum Beispiel Beschlüsse, Richtlinien, Pressemitteilungen, Themenschwerpunkte). Sie können die Fundstellen nach Datum oder Relevanz sortieren.

Informationsarchiv

Das Informationsarchiv ist eine Datensammlung, in der alle Beschlüsse und Richtlinien des G-BA tagesaktuell gepflegt und mit allen anhängenden Dokumenten (Tragende Gründe, Abschlussberichte, Korrespondenz mit dem zuständigen Bundesministerium) abgelegt sind. Sie können Beschlüsse nach dem Beschluss- oder Inkrafttretendatum sortieren und über ein zweistufiges Auswahlménü gezielter suchen. Sind Beschlüsse noch nicht in Kraft getreten, zeigt Ihnen dies auch ein Wasserzeichen an.

Im Informationsarchiv finden Sie unter „Richtlinien“ deren jeweils aktuellste Version mit allen zugehörigen Begleitangaben. Darunter können Sie in einem Kasten alle zu dieser Richtlinie gehörenden Beschlüsse und die Historie der Richtlinienversionen finden. Wenn Sie die Beschlüsse zu einer speziellen Richtlinie „beobachten“ möchten, können Sie hierzu am Ende der sich öffnenden Beschlussliste einen RSS-Feed aktivieren.

Service – E-Mail-Infodienst

Im Menüpunkt „Institution“ wird Ihnen unter „Service“ ein E-Mail-Infodienst angeboten. Hier können Sie kostenlos die Zusendung bestimmter Informationen des G-BA per E-Mail abonnieren. Sie können verschiedene Kategorien wählen, zu denen Sie Informationen erhalten möchten: zum Beispiel Pressemitteilungen, aktuell in Kraft getretene Beschlüsse, Stellenanzeigen und/oder die Tagesordnungen des Plenums.

Allgemeine Informationen und Themenschwerpunkte

Unter „Institution“ erläutert der G-BA seine Arbeit. Diese Texte sind auch auf der englischsprachigen Website des G-BA verfügbar (<http://www.english.g-ba.de/>). Unter „Themenschwerpunkte“ gibt der G-BA zu ausgewählten Arbeitsgebieten tiefere Informationen.



Gemeinsamer Bundesausschuss

Herausgeber

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystr. 8, D-10623 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt

Geschäftsführung
Dr. Dorothea Bronner

Text & Redaktion

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit
und Kommunikation
Sybille Golkowski

Korrekturat

Korrektopia, Stadtoldendorf

Satz & Layout

Braun Grafikdesign, Berlin

Produktion

Brandenburgische Universitäts-
druckerei und Verlagsgesellschaft
Potsdam mbH, Potsdam

Berlin 12/2013 (1. Auflage)

Fotos

Georg J. Lopata, Berlin S. 3 re. oben, S. 4,
S. 52/53, S. 56/57, S. 59 li. Mitte
Stefanie Seufert, Berlin: S. 3 re. unten,
S. 59 o., re. und unten

istockphoto.com

esolla: S. 3 li. oben

OxfordSquare: S. 3 li. unten

Lorado: S. 3 re. Mitte

IvanJekic: S. 7 li.

bowdenimages: S. 7 re.

4x6 und GlobalStock: S. 11/12

sedmak: S. 17/18

IS_ImageSource: S. 27/28

desperado: S. 31/32

DanielBendjy: S. 43/44

Fotolia.com

WavebreakMediaMicro: S. 6 li.

contrastwerkstatt: S. 6 re.

mangostock: S. 21/22

Gettyimages.de

Nick Daly: S. 35/36

Alistair Berg: S. 39/40

