

## 3.2 Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G)

Bis in die 1980er Jahre basierte die medizinische und sozialmedizinische Politikberichterstattung in Deutschland hauptsächlich auf den Forschungsergebnissen klinischer – und parallel dazu – volkswirtschaftlicher Wissenschaften.<sup>82</sup> Damit sich die Regierung und die Parlamentarier auch auf versorgungsmedizinisches Wissen außerhalb der Positionen der Selbstverwaltungsorgane und v. a. der starken Stellung der Ärzteschaft beziehen konnte, wurde 1985 ein multidisziplinär besetzter Sachverständigenrat ins Leben gerufen.<sup>83</sup> Dieser »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« war der Vorläufer des heutigen »Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen« (SVR-G), für den im GMG (2003) die Rechtsgrundlage gelegt wurde.

Politikberichterstattung

### § 142 Abs. 2 SGB V

*Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das BMG kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.*



Der SVR-G ist ein siebenköpfiges unabhängiges Gremium, besetzt mit anerkannten Expertinnen und Experten i. d. R. aus den Fachbereichen Medizin, Gesundheitsökonomie, Volkswirtschaftslehre, Pharmakologie, Rechts-, Politik-, Pflege- und/oder Gesundheitswissenschaften. Der Gesundheitsminister bestimmt die Gutachter für die Dauer von vier Jahren. Der Rat kann weitere Sachverständige aus Behörden des Bundes und der Länder, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie weitere Verbände und Institutionen im Gesundheitswesen beauftragen, an Spezialfragen mitzuwirken. So nutzten alle PT-Ver-

82 Die heutige Form der Gesundheitswissenschaft (Public Health) etablierte sich in Deutschland erst in den 1990er Jahren.

83 Ähnlich zu den Vorbildern der bestehenden Sachverständigenräte »zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung« (umgangssprachlich »die fünf Wirtschaftsweisen« seit 1963) und für »Umweltfragen« (seit 1971).

bände die bisherigen Gelegenheiten, sich mit Stellungnahmen zu den vom SVR-G gestellten Fragen zu äußern.<sup>84</sup> Die regulären Gutachten erscheinen alle zwei Jahre<sup>85</sup> und werden an das BMG sowie den Bundestag und den Bundesrat (auf Wunsch auch an den Bundespräsidenten) übergeben. Die Gutachten werden bzw. sind auf der SVR-G Internetseite veröffentlicht.<sup>86</sup> Im Folgenden werden die Titel der 18 bisher erschienenen Gutachten aufgeführt, wobei die **fett gedruckten** auch einen besonderen Bezug auf die Physiotherapie bzw. die Heilmittel nehmen.

- **Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.**
- Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.
- Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.
- **Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.**
- **Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen.**
- Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität.
- **Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.**
- **Addendum zum Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band I bis III: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).**
- Sondergutachten 1997: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung.
- Sondergutachten 1996: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung.
- Sondergutachten 1995: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit.
- Sachstandsbericht 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen.
- Jahresgutachten 1992: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa.

---

84 [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Befragung/-Zentralverb-Physiotherapeuten.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Befragung/-Zentralverb-Physiotherapeuten.pdf); [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Befragung/IFK.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Befragung/IFK.pdf).

85 Der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« hat in seiner Zeit auch drei Sondergutachten und einen Sachstandsbericht erstellt.

86 Ab dem Jahr 1995 und zumindest in den Kurzfassungen.

- Jahresgutachten 1991: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland.
- Jahresgutachten 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung.
- Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung.
- Jahresgutachten 1987 und 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung.

Besonders das Gutachten von 2000/01 mit dem Unterpunkt zur **Über-, Unter- und Fehlversorgung** sorgte für viel Aufmerksamkeit. Die Folgegutachten bezogen sich daraufhin immer wieder auf diese Missstände und empfahlen durchgehend die interprofessionelle Verzahnung der einzelnen Fachdisziplinen: Hausarzt, Facharzt, Pflege, Rehabilitation, Heilmittel- und Assistenzberufe auf einen vom Bedarf her nötigen und von der Qualität her möglichen, neuen und besseren Stand zu bringen.

Einige Empfehlungen des SVR-G sind in den vergangenen Jahren faktisch von der Politik aufgegriffen und umgesetzt worden. Dazu gehören die

- Einführung der Kassenwahlfreiheit bei gleichzeitiger Bildung eines Risikostrukturausgleichs unter den GKVn (1996),
- Einführung der Modellklausel § 63 SGB V (1997),
- teilweise Akademisierung der Heilmittelberufe (s. a. Wissenschaftsrat 2012),
- Stärkung der ambulanten Pflege und die Verbesserung der Versorgung Dementer (2004 bis in die Pflegestärkungsgesetze I & II),
- Empfehlung zum Ausbau von Präventionsleistungen (Präventionsgesetz, 2015).

Im Dezember 2015 hat der Sachverständigenrat ein Sondergutachten zum Thema »**Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten**« vorgelegt.

## 3.3 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

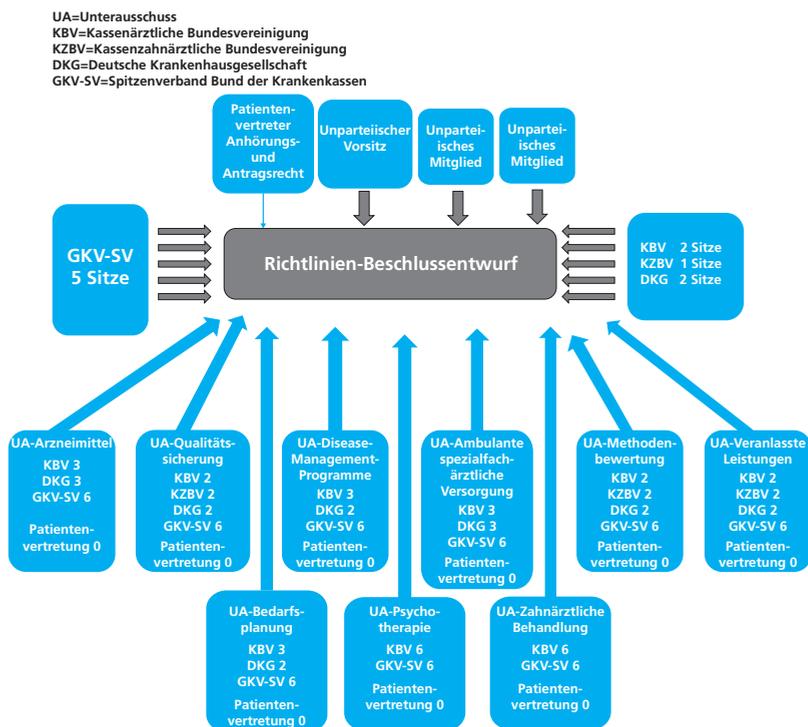
Was der Bundestag für die Gesetzgebung der Bürger ist, ist der G-BA für die Leistungspflichten der Leistungserbringer und die Finanzierungspflichten der GKVn. Daher wird er<sup>87</sup> auch schon mal als »Kleiner Gesetzgeber«

---

87 Bzw. schon seine Vorgängerorganisation, der »Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen«.

bezeichnet. Er ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und untersteht dem *Bundesministerium für Gesundheit* nur unter rechtlicher, also formaler Aufsicht. Die Verantwortung zur inhaltlichen Ausgestaltung – welche medizinischen Maßnahmen in welcher Qualität von den GKVen zu erstatten sind – ist ganz auf die 10 Gremiumsmitglieder aus den Spitzenorganisationen der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen sowie die drei unparteiischen Mitglieder übertragen (► Abb. 8).

**Abb. 8:**  
Die G-BA Unterausschüsse und die Zusammensetzung des Plenums (Stimmrechte in Zahlen)



Der G-BA ist die Folgeorganisation des »Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen«, der von 1924<sup>88</sup> bis 2004 schon ähnliche Aufgaben innehatte. Die Rechtssetzungs-Kompetenzen des G-BA wurden jedoch gestärkt<sup>89</sup> und um die Vertreter der Krankenhäuser und Patientengruppen erweitert.

88 Unter der genauen Bezeichnung »Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen« seit 1955.

89 Der »Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen« sprach lange Zeit nur Empfehlungen aus.

Die Aufgaben des G-BA sind im SGB V (§§ 91 ff.) festgeschrieben und beziehen sich gleichzeitig auch nur auf die im SGB V definierten Leistungsbereiche. Im G-BA werden somit für alle an der Versorgung von GKV-Patienten Beteiligten verbindliche Richtlinien erstellt (► Tab. 2: Beispiele G-BA-Richtlinien). Dabei hat der G-BA auf eine »ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten« zu achten (§ 91 Abs. 1 SGB V).

Die **Richtlinienkompetenz** (§ 92 SGB V) des G-BA erstreckt sich auf vielseitige und nicht nur ärztliche Bereiche. Zu den zuletzt 70 geltenden Richtlinien gehören u. a. die:

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie</li> <li>• Arzneimittel-Richtlinie</li> <li>• Bedarfsplanungs-Richtlinie</li> <li>• Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte</li> <li>• Behandlungsrichtlinie</li> <li>• Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)</li> <li>• DMP-Richtlinie</li> <li>• Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien</li> <li>• Häusliche Krankenpflege-Richtlinie</li> <li>• <b>Heilmittel-Richtlinie</b></li> <li>• Hilfsmittel-Richtlinie</li> <li>• Kieferorthopädie-Richtlinien</li> <li>• Krankentransport-Richtlinien</li> <li>• Krebsfrüherkennungs-Richtlinie</li> <li>• Mutterschafts-Richtlinien</li> <li>• Psychotherapie-Richtlinie</li> <li>• Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie</li> <li>• Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie</li> <li>• Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser</li> <li>• Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung</li> <li>• Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma</li> <li>• Qualitätssicherungsmaßnahmen bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk</li> <li>• Qualitätssicherungsmaßnahmen bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostata-syndroms</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser</li> <li>• Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus</li> <li>• Rehabilitations-Richtlinie</li> <li>• Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL</li> <li>• Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung</li> <li>• Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V)</li> <li>• Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern</li> <li>• Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung</li> <li>• Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch</li> <li>• Richtlinie zur Kinderherzchirurgie</li> <li>• Richtlinie zur Kinderonkologie</li> <li>• Richtlinien über künstliche Befruchtung</li> <li>• Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung</li> <li>• Schutzimpfungs-Richtlinie</li> <li>• Soziotherapie-Richtlinie</li> <li>• Zahnärztliche Früherkennung</li> <li>• Zahnärztliche Individualprophylaxe</li> <li>• Zahnersatz-Richtlinie</li> </ul> |
|---|---|

G-BA-Richtlinien

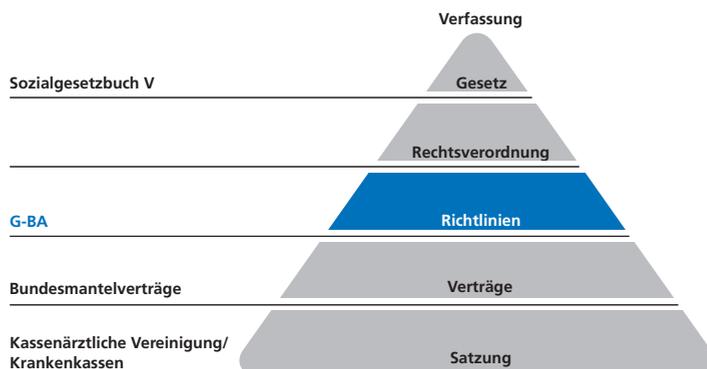
**Tab. 2:**  
Beispiele G-BA-Richtlinien

Einige Vertreter der solidarischen Kostenträger (GKV) und der Leistungserbringer im Gesundheitswesen bestimmen also über ihre zu erbringenden Leistungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen selbst. Die Kosten dieser Leistungen werden jedoch zu etwas über der Hälfte von den Versicherten

Demokratische Legitimation des G-BA

getragen, die die G-BA-Vertreter – durch die Sozialwahlen – aber nur zum Teil<sup>90</sup> und auch nur sehr mittelbar wählen. Die Vertreter der Leistungserbringer werden von den Versicherten dagegen gar nicht berufen, und die DKG ist nicht einmal eine *Körperschaft des öffentlichen Rechts* (mit den entsprechenden hoheitlichen Aufgaben), sondern lediglich ein eingetragener Verein. Die demokratische Legitimation des G-BA und damit seine Normsetzungsbefugnisse wurden deshalb schon mehrfach angezweifelt,<sup>91</sup> jedoch noch von keinem Gericht eindeutig bemängelt (Huster & Penner 2009). Das Bundessozialgericht bestätigte 2006 hingegen, dass die (Heilmittel-)Richtlinien des G-BA Vorrang vor den Rahmenempfehlungen der Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer und den GKVen haben (B 6 KA 7/06 R) (► Abb. 9). Das Landessozialgericht Berlin/Brandenburg begründete die Rechtmäßigkeit u. a. mit der »fachkundigen und interessenpluralistischen Zusammensetzung« des G-BAs (L 7 KA 77/08 KL 2011; s. a. Kluth 2015). Das BMG hat lediglich das Recht bei formalen Fehlern (also Verfahrensfehlern) einzuschreiten oder zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen vor dem Erlass der Richtlinien einzufordern (**Richtlinienprüfung**) und erst bei Verstößen der Fristen eigene Richtlinien zu beschließen.

**Abb. 9:**  
Juristische Wertigkeit  
von G-BA-Richtlinien  
(G-BA 2015)



Um die Sachkunde der Heilmittelerbringer mit zu vertreten, plädieren einige Gruppen für eine Beteiligung bei der Beratung über die Heilmittel-Richtlinien im G-BA wie es z. T. auch für Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung, des Deutschen Pflegerats, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer möglich ist, wenn es um Beschlüsse zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 3 SGB V geht. Diesen Wunsch zur Beteiligung im G-BA

<sup>90</sup> Etwa zu einem Drittel.

<sup>91</sup> »Der Gemeinsame Bundesausschuss residiert im verwaltungs- und verfassungsrechtlichen Niemandsland« (Kingreen, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 2007, 121; s. a. Schimmelpfeng-Schütte 2006).

hegen aber auch die Vertreter der Pharmaindustrie und der Medizinproduktehersteller. Ebenso ist eine Beteiligung von Versichertenvertretern<sup>92</sup> bei G-BA Beschlüssen denkbar (Schimmelpfeng-Schütte 2006). Wenn es aktuell um Beratungen zu Heilmittel-Richtlinien geht, ist für die Physiotherapie hauptsächlich der *SVH e. V.* zu einer Stellungnahme berechtigt. In § 92 Abs. 6 S. 2 des SGB V steht:

*Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.*

§

Die Ernennung der unparteiischen G-BA-Mitglieder erfolgt – auf Vorschlag der Trägerorganisationen (GKV-SV, K(Z)BV und DKG) – durch den Gesundheitsausschuss des Bundestags. Der Ernennung kann mit 2/3-Mehrheit widersprochen werden, wenn »die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet angesehen wird«<sup>93</sup> (§ 91 Abs. 2 S. 5 SGB V). In der Realität einigt man sich schon früh auf je ein unparteiisches Mitglied je Lager, sprich eine Medizinerin von den Leistungserbringern und einen Juristen aus der GKV-Branche. Die Einigung auf den unparteiischen Vorsitz verläuft dagegen problematischer, weswegen eine Wiederwahl im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG von 2015) erstmals erlaubt wurde, nachdem sich die Personalsuche für das Amt schwierig gestaltet hatte. Die reguläre Amtszeit beträgt sechs Jahre.

Ernennung der unparteiischen G-BA-Mitglieder

Die an jeder Unterausschuss- und Beschlusssitzung teilnehmenden Patientenvertreter sind zwar antrags- und beratungs-, jedoch nicht stimm-berechtigt. Momentan sind das die Vertreterinnen des

Patientenvertreter im G-BA

- Deutschen Behindertenrats (DBR),
- der BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP),
- der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.,
- der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

In der Regel wird auf **Antrag** eines der G-BA-Mitglieder (inkl. der Patientenvertreter) ein Beratungsverfahren zu einer Richtlinie vom Plenum beauftragt und zur weiteren Konkretisierung an einen der 9 **Unterausschüsse** gegeben. Antragsberechtigt sind jedoch auch alle *kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen*, die Bundesverbände der Krankenhausträger und seit 2012 auch »zur Erprobung von Methoden mit

Arbeitsweise und Beratungsverfahren

<sup>92</sup> Verfassungsrechtlich nicht zu verwechseln mit den **Patientenvertretern!**

<sup>93</sup> So dürfen diese das Jahr zuvor weder als Leistungserbringer (als ambulant oder stationär tätiger Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut) noch bei einer GKV-Organisation tätig gewesen sein.

Potenzial« die Medizinproduktehersteller (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013). Der G-BA hat zudem Anfang 2015 eine Gesetzesänderung vollzogen, durch die ihm künftig erlaubt ist, **Erprobungsstudien** (nach § 139d SGB V s. u.) für Leistungen oder Maßnahmen zur Krankenbehandlung durchzuführen (bzw. finanziell zu fördern), die kein Arzneimittel sind, aber das Potential einer Behandlungsalternative bieten, wie z. B. Heilmittel. Für die Jahre 2016 bis 2019 stehen dem G-BA dafür jährlich 300 Mio. € aus dem im GKV-VSG (2015) beschlossenen »**Innovationsfonds**« für die Förderung der Erforschung innovativer Versorgungsformen zur Verfügung. Ein eigenes Antragsverfahren für Heilmittelerbringer – wie es für die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für Medizinproduktehersteller und sonstige Anbieter mit wirtschaftlichem Interesse in § 137e Abs. 7 SGB V verankert ist – existiert jedoch leider nicht.

### § 139d SGB V Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung

*Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Leistung oder Maßnahme zur Krankenbehandlung, die kein Arzneimittel ist und die nicht der Bewertung nach § 135 oder § 137c unterliegt, zu der Feststellung, dass sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens im Einzelfall und nach Maßgabe der hierzu in seinen Haushalt eingestellten Mittel eine wissenschaftliche Untersuchung zur Erprobung der Leistung oder Maßnahme in Auftrag geben oder sich an einer solchen beteiligen. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.*

### § 137e Abs. 7 SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

*Unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 135 oder § 137c können Hersteller eines Medizinprodukts, auf dessen Einsatz die technische Anwendung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode maßgeblich beruht, und Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen, dass dieser eine Richtlinie zur Erprobung der neuen Methode nach Absatz 1 beschließt. Der Antragsteller hat aussagekräftige Unterlagen vorzulegen, aus denen hervorgeht, dass die Methode hinreichendes Potenzial für eine Erprobung bietet sowie eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 abzugeben. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung auf der Grundlage der vom Antragsteller zur Begründung seines Antrags vorgelegten Unterlagen. Beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Erprobung, entscheidet er im Anschluss an die Erprobung auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse über eine Richtlinie nach § 135 oder § 137c.*

Der G-BA hat aber auch die Verpflichtung, die bestehenden **Richtlinien regelmäßig zu aktualisieren**. Vor allem bei Anzeichen wissenschaftlichen Fortschritts und Veränderungen in der Marktsituation (*DA!*). Für die Begutachtung von (neuen) Heilmitteln<sup>94</sup> prüft zuerst der Unterausschuss »Methodenbewertung« den **evidenzbasierten Nutzen**, die **medizinische Notwendigkeit** und die **Wirtschaftlichkeit** des Heilmittels. Bei einer positiven Bewertung legt der Unterausschuss »Veranlasste Leistungen« dann die Rahmenvorgaben fest, wer, für welche Dauer und unter welchen Vorgaben diese Heilmittel verordnen darf (s. a. *Heilmittelrichtlinie*).

Die **Beratungen** in den Unterausschüssen finden unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt, die **Beschlussfassung** im Plenum ist öffentlich.<sup>95</sup> Die Unterausschüsse sind paritätisch mit jeweils sechs Vertretern der Leistungserbringer und der Kostenträger, plus der Patientenvertreter und einem unparteiischen Vorsitzenden besetzt. Weiterhin werden Vertreter der die Regelungen betreffenden Verbände und Organisationen und bei Bedarf auch die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Experten des Robert Koch-Instituts, der Strahlenschutzkommission oder Sachverständige aus wissenschaftlichen Fachgesellschaften gehört. Über die Ausschussempfehlung wird anschließend im Plenum abgestimmt. Eine Richtlinie und Entscheidung wird dann angenommen, wenn sie die **Mehrheit** von sieben Stimmen erhält, wobei in der G-BA Geschäftsordnung festgelegt ist, welche Organisationen bei welchen Richtlinien und Entscheidungen stimmberechtigt sind. So ist die *KZBV* beispielsweise bei Abstimmungen zu der Heilmittel-Richtlinie zwar nicht stimmberechtigt, deren Stimme wird jedoch auf die *KBV* und die *DKG* übertragen, so dass diese dann wie der *GKV-SV* über fünf Stimmen verfügen. Wenn Leistungen aus dem GKV-Katalog gestrichen werden sollen, die mehr als einen Versorgungssektor (ambulant, stationär, zahnärztliche Versorgung) betreffen, bedarf es hingegen einer **Zweidrittelmehrheit** von neun Stimmen im Plenum.

In der abschließenden **Beschlussfassung** werden die Eckpunkte der Entscheidung begründet, der Verfahrensablauf und die evtl. anfallenden Bürokratiekosten beschrieben und auf der eigenen Homepage veröffentlicht. Die Richtlinie erscheint zusätzlich auch im *Bundesanzeiger*.

Zur Untersuchung des medizinischen Nutzens und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von GKV-Leistungen beauftragt der G-BA i. d. R. das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, ▶ Kap. 6.6)*. Zur Beantwortung von Fragen zur Qualitätssicherung war für den G-BA zuvor das »AQUA-Institut« zuständig, das jedoch mittlerweile durch das vom G-BA neu gegründete *Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG, ▶ Kap. 6.5)* abgelöst wurde.

94 Ungewöhnlicherweise zählen im G-BA auch die Ernährungsmedizin und Diätetik zu den Heilmitteln.

95 Begrenzte Anmeldungen unter: <https://sitzen.g-ba.de>.

Der G-BA<sup>96</sup> finanziert sich durch einen sogenannten Systemzuschlag, der je Behandlungsfall im Krankenhaus (1,63 €<sup>97</sup>) und je ärztlicher und zahnärztlicher (4,8532762 Cent<sup>98</sup>) Versorgung von den Krankenhäusern bzw. den KVen abgeführt wird (§ 139c SGB V). Der Systemzuschlag wird jährlich von den G-BA Mitgliedern neu berechnet.

**Exkurs:** Im Frühjahr 2014 beschloss der G-BA, für die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung eine eigene **Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte** mit einem eigenen Heilmittelkatalog für den vertragszahnärztlichen Sektor zu erstellen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) erhält bei den Beratungen und bei der Beschlussfassung alle fünf Stimmen der Leistungserbringer. Da bislang PT-Verordnungen von Zahnärzten rar und für den Umsatz der meisten Praxen unbedeutend sind, besteht Grund zur Hoffnung, dass das Vorhandensein einer »Heilmittel-Richtlinie-Zahnärzte« die häufige Unwissenheit vieler Zahnärzte und Kieferorthopäden darüber, dass sie Heilmittel verordnen dürfen abnimmt, sich die Kooperation zwischen ihnen und den Heilmittelerbringern verbessert und sie vermehrt Heilmittel-Verordnungen ausstellen werden.

Aktuelle und weitere Informationen sind dem jährlichen **Geschäftsbericht** des G-BA zu entnehmen.

### 3.4 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen<sup>99</sup> vertritt seit dem 01.07. 2008<sup>100</sup> alle gesetzlichen Krankenkassen(träger<sup>101</sup>) auf der Bundesebene bei einer Vielzahl von gesetzlichen Aufgaben und GKV-internen Angelegenheiten im Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Patientenversorgung. Dies wurde 2007 im *GKV-WSG* beschlossen, um die GKV-Interessen zu bündeln und dadurch zu entbürokratisieren (s. a. *GKV-WSG* 2007, S. 70). Der GKV-SV ist als Körperschaft des öffentlichen

96 Wie auch das IQWiG und das IQTiG.

97 Auch von Privatpatienten!

98 Alle Angaben für 2016.

99 Durchgehend nur als GKV-Spitzenverband bezeichnet und mit GKV-SV abgekürzt.

100 Fast genau 125 Jahre nach der Gründung des GKV-Systems durch Bismark (►Kap. 1.1).

101 AOK, vdek, BKK, IKK, LKK, Knappschaft-Bahn-See und AEV.