

# Aufruf zur Bewerbung

## als Fachexpertin / Fachexperte für das Expertengremium auf Bundesebene im Qualitätssicherungsverfahren

### Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

- gemäß § 26 Teil 1 der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) -

1. April 2025

#### Hintergrund

Mit dem 1. Januar 2026 beginnt eine neue Amtsperiode des Expertengremiums im Qualitätssicherungsverfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*.

Gemäß § 15 der themenspezifischen Bestimmungen für dieses Verfahren in Verbindung mit Teil 1 der DeQS-RL ist die Einbindung von Expertinnen und Experten vorgesehen.

#### Einbindung in das Expertengremium auf Bundesebene zur fachlichen Beratung des IQTIG

Für dieses QS-Verfahren suchen wir Expertise aus den Bereichen der stationären Krankenversorgung.

#### Anforderungen an die Fachexpertinnen und Fachexperten

Die Fachexpertinnen und Fachexperten müssen über die für das Verfahren relevante inhaltlich-praktische Erfahrung verfügen, um die Perspektive der Versorgungspraxis und des Qualitätsmanagements der Leistungserbringer aktiv in den Weiterentwicklungsprozess der QS-Verfahren einzubringen. Wissenschaftliche Fachexpertinnen und Fachexperten weisen Kenntnisse und Erfahrungen im übergeordneten Versorgungskontext dieses QS-Verfahrens auf, z. B. in den Bereichen Epidemiologie, Versorgungsforschung, Sozialmedizin oder Public Health (kontextbezogene Fachexpertise).

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* werden für die Fachexpertise folgende Berufs- und Interessensgruppen berücksichtigt:

- Fachärztin /Facharzt für Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie
- Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin
- Pflegekräfte mit fachspezifischer Berufserfahrung bzw. Schwerpunkt

Spezialkenntnisse bezüglich der Kodierung und Abrechnung von Leistungen sind von Vorteil.

Angesichts des sich schnell entwickelnden medizinischen Wissens ist das IQTIG darauf angewiesen, sich von Expertinnen und Experten beraten zu lassen, deren Wissen und Erfahrungen möglichst aktuell sind. Darüber hinaus sollten die Fachexpertinnen und Fachexperten innerhalb der letzten drei Jahre vor ihrem Mitwirken im Expertengremium im entsprechenden Versorgungsbereich in Deutschland praktisch tätig gewesen sein. Im Interesse von fokussierten Beratungen der Qualitätssicherung und -förderung nach §§ 136 ff. SGB V sind Kenntnisse der Qualitätssicherung, des internen Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin erforderlich.

### **Zeitlicher Umfang und Termine für die Expertentätigkeit**

Die Expertinnen und Experten werden vom IQTIG zur fachlichen Beratung des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie (QSCAP)* kontinuierlich miteinbezogen. Voraussichtlich werden jährlich mindestens zwei Sitzungen (Frühjahr, Herbst) des Expertengremiums auf Bundesebene stattfinden. Die genauen Termine und deren Format (online, hybrid, vor Ort in Berlin) werden den Expertinnen und Experten rechtzeitig mitgeteilt. Weitere Expertentreffen werden nach Bedarf abgestimmt. Darüber hinaus können die Expertinnen und Experten regelmäßig zu Sachverhalten befragt und ggf. um schriftliche fachliche Einschätzungen gebeten werden, die das QS-Verfahren betreffen.

### **Sonstige Hinweise:**

- Die Sitzungen der Expertengremien finden in den Räumen des IQTIG in Berlin oder digital statt. Für die Teilnahme an den Expertengremien wird eine Aufwandsentschädigung i. H. v. 500 € für ganze Tage und 250 € für halbe Tage gezahlt. Die Reisekosten werden inkl. Übernachtungskosten nach dem Bundesreisekostengesetz (BRKG) und der entsprechenden allgemeinen Verwaltungsvorschrift erstattet.
- Sämtliche Sitzungs- und Beratungsunterlagen sowie die Beratungen an sich, sind streng vertraulich zu behandeln. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht gestattet. Eine entsprechende Vertraulichkeitserklärung ist im Vorfeld zu unterzeichnen.
- Für die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen sowie für die außerregulären Bearbeitungen sowie ggf. schriftliche Aufarbeitungen wird ausreichend Bearbeitungszeit eingeplant.
- Die Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte anhand eines Formblatts ist erforderlich.
- Die Namen der ausgewählten Expertinnen und Experten werden nach Abschluss des Bewerbungsverfahrens auf der Website des IQTIG veröffentlicht.
- Die Zahl der Expertinnen und Experten, die aktiv teilnehmen können, ist begrenzt. Es wird daher eine Auswahl aus den eingegangenen Registrierungen zur Beteiligung getroffen. Hierfür werden Kriterien herangezogen wie berufliche Qualifizierung, Berufserfahrung und Interessenkonflikte.

**Sie sind als Expertin / Experte interessiert, sich mit Ihrer Expertise im beschriebenen Projekt einzubringen und das QS-Verfahren in Hinsicht auf eine Qualitätsförderung bzw. -verbesserung in den medizinischen Versorgungsbereichen positiv weiterzuentwickeln, dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung mit folgenden Unterlagen:**

- Ausgefülltes Registrierungsformular
  - Bei Angestelltenverhältnis: Freistellungserklärung des Arbeitgebers.
- Aussagekräftiger Lebenslauf einschließlich<sup>1</sup>:
  - kurzer Darlegung der Motivation,
  - Darlegung der einschlägigen Berufserfahrung und notwendigen Fachkenntnisse im Bereich des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* (beruflicher Werdegang, besondere Qualifikationen),
  - Darlegung der thematisch-wissenschaftlichen Expertise zum QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* (z. B. durch Publikationen, Forschungsprojekte),
  - Ggf. Darlegung der Expertise im Bereich der Qualitätssicherung oder des internen Qualitätsmanagements,
- Darlegung möglicher finanzieller und inhaltlicher Interessenkonflikte inkl. Angaben zu Gremienarbeiten.

Sämtliche Unterlagen werden für die Auswahlentscheidung benötigt und vertraulich behandelt.

Bitte senden Sie bei Interesse an einer Teilnahme am Expertengremium Ihre vollständigen Unterlagen bis zum **27. Juni 2025** ausschließlich per E-Mail an:

[experten-verfahrensmanagement@iqtig.org](mailto:experten-verfahrensmanagement@iqtig.org) (max. 35 MB) unter Angabe des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* in der Betreffzeile.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung und stehen Ihnen für Rückfragen unter der Telefonnummer **030 58 58 26-0** gern zur Verfügung.

**Anlagen:** Registrierungsformular, Formblatt zur Offenlegung von Interessenkonflikten

---

<sup>1</sup> Das IQTIG behält sich vor, im Falle einer Auswahl zur Teilnahme, beglaubigte Kopien von Originaldokumenten anzufordern.

# Registrierungsformular

## Gremien der Abteilung Verfahrensmanagement

### Kontaktdaten

|                                |  |              |  |
|--------------------------------|--|--------------|--|
| <b>Nachname</b>                |  |              |  |
| <b>Vorname</b>                 |  | <b>Titel</b> |  |
| <b>Arbeitgeber/Institution</b> |  |              |  |
| <b>Straße, Hausnummer</b>      |  |              |  |
| <b>PLZ, Ort</b>                |  |              |  |
| <b>Telefon/Mobil</b>           |  |              |  |
| <b>E-Mail-Adresse</b>          |  |              |  |

- Ich bin abhängig beschäftigt       Ich bin unabhängig beschäftigt

Hinweis: Sofern Sie abhängig beschäftigt sind, bitten wir Sie, die Genehmigung Ihres Arbeitgebers mittels Unterschrift einzuholen (siehe unten „Unterstützung des Arbeitgebers bei abhängiger Beschäftigung“).

### Name des Gremiums

Ich möchte in folgendes Gremium aufgenommen werden:

---

### Grundsätze zur Einbeziehung von Expertinnen und Experten

- Ich habe die Grundsätze zur Einbeziehung von Expertinnen und Experten gelesen und bestätige deren inhaltliche Anerkennung im Vorfeld einer möglichen Mitwirkung im oben genannten Gremium.



## Unterstützung des Arbeitgebers bei abhängiger Beschäftigung

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Arbeitgeber</b> |  |
| <b>Anschrift</b>   |  |

Hiermit stimme ich als Vorgesetzte/r von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ einer möglichen Mitwirkung im oben genannten Gremium zu.

---

Ort, Datum

Name der/des Vorgesetzten in Druckbuchstaben

---

Unterschrift der/des Vorgesetzten, Stempel

## Einverständnis zur Verarbeitung der Daten

- Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Zwecken der Durchführung von Expertengremien durch das IQTIG genutzt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse auch an andere Mitglieder des Expertengremiums (z. B. für Informationen per E-Mail) weitergegeben werden darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich als Mitglied des Gremiums mit meinem Namen auf der Website des IQTIG sowie in IQTIG-Berichten genannt werde.
- Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Durch den Widerruf entsteht mir kein Nachteil.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

# Formblatt zur Offenlegung von Interessenkonflikten

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist das zentrale wissenschaftliche Institut für die gesetzlich verankerte externe Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Deutschland. Nach § 137a Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) unterstützt das IQTIG als fachlich unabhängiges und wissenschaftliches Institut den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei der Erfüllung seiner Aufgaben als untergesetzlicher Normgeber für die Qualitätssicherung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben bindet das IQTIG regelmäßig externe Expertinnen und Experten beratend ein. Dieses Formblatt dient dazu, Beziehungen von Personen offenzulegen, die das IQTIG bei der Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben beraten. Die Beantwortung einer Frage mit „ja“ und die darauffolgende Angabe von Beziehungen begründet jedoch nicht automatisch einen Interessenkonflikt. Die Beziehungen werden mit Blick auf den Beratungsgegenstand und die Art und den Umfang der Beteiligung durch eine Kommission betrachtet und bewertet.

## **Datenschutz**

Die Einzelheiten der Angaben in diesem Formblatt sind vertraulich. Die Angaben zu Interessenkonflikten können jedoch zusammenfassend unter der Angabe Ihres Namens veröffentlicht werden. Dabei wird lediglich zusammengefasst, ob diese Art der Beziehung besteht oder nicht. Konkrete Partner o. ä. werden nicht genannt. Eine solche Veröffentlichung ist ggf. auch über das Internet frei zugänglich.

## **Ausfüllhinweise**

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und wahrheitsgemäß aus, auch wenn Sie der Meinung sind, dass eine Beziehung keinen Interessenkonflikt begründet. Falsche oder unvollständige Angaben können zum Ausschluss aus den Beratungen oder aus dem Expertengremium führen. Bei zusätzlichem Platzbedarf können Sie weitere Seiten beifügen.

## Anschrift

Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten an:

|                 |  |              |  |
|-----------------|--|--------------|--|
| <b>Name</b>     |  |              |  |
| <b>Vorname</b>  |  | <b>Titel</b> |  |
| <b>Straße</b>   |  |              |  |
| <b>PLZ, Ort</b> |  |              |  |
| <b>Telefon</b>  |  |              |  |
| <b>Mobil</b>    |  |              |  |
| <b>Telefax</b>  |  |              |  |
| <b>E-Mail</b>   |  |              |  |

Ich bringe meine Expertise / Erfahrung zum QS-Verfahren / Beratungsthema:

---

in

- der Bundesfachkommission (§ 8 Abs. 3 DeQS-RL)
- dem Expertengremium auf Bundesebene (§ 26 DeQS-RL)
- einem sonstigen Expertengremium (siehe oben)
- als Einzelexpertin/Einzelexperte

in meiner Funktion als

- Fachexpertin/Fachexperte
- Patientenvertreterin/Patientenvertreter

ein.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Nennung meines Namens im Rahmen von Veröffentlichungen betreffend die vorstehend angegebene Expertentätigkeit.

---

Ort, Datum

Unterschrift



## Angaben zu Interessenkonflikten

### Frage 1: Arbeitsverhältnisse / selbstständige Tätigkeiten

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres oder der drei Kalenderjahre davor bei

- einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einem Auftragsforschungsinstitut etc.),
- einem pharmazeutischen Unternehmen,
- einem Medizinproduktehersteller,
- einer medizinischen Fachgesellschaft,
- einem Fachverband,
- einem medizinischen Register,
- einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder
- in einer Praxis

angestellt oder für diese/dieses/diesen selbstständig/freiberuflich tätig?

nein

ja (bitte in nachfolgender Tabelle eintragen)

| Unternehmen<br>etc. | von<br>(Monat/<br>Jahr) | bis<br>(Monat/<br>Jahr) | Position | angestellt/<br>selbstständig |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|----------|------------------------------|
|                     |                         |                         |          |                              |
|                     |                         |                         |          |                              |
|                     |                         |                         |          |                              |
|                     |                         |                         |          |                              |
|                     |                         |                         |          |                              |

**Frage 2: Beratungsverhältnisse / ehrenamtliche oder sonstige Funktionen**

Haben Sie (auch in ehrenamtlicher oder sonstiger Funktion) innerhalb des laufenden Jahres oder der drei Kalenderjahre davor

- eine Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. eine Klinik, eine Einrichtung der Selbstverwaltung, ein Auftragsforschungsinstitut etc.),
- ein pharmazeutisches Unternehmen,
- einen Medizinproduktehersteller,
- eine medizinische Fachgesellschaft,
- einen Fachverband,
- ein medizinisches Register,
- einen vergleichbaren Interessenvertreter

direkt oder indirekt (z. B. im Auftrag eines Instituts, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird) beraten?

nein

ja (bitte in nachfolgender Tabelle eintragen)

| Unternehmen<br>etc. | Beratungsthema | von<br>(Monat/<br>Jahr) | bis<br>(Monat/<br>Jahr) | Gesamtsumme<br>Honorar |
|---------------------|----------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
|                     |                |                         |                         |                        |
|                     |                |                         |                         |                        |
|                     |                |                         |                         |                        |
|                     |                |                         |                         |                        |
|                     |                |                         |                         |                        |

**Frage 3: Honorare**

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres oder der drei Kalenderjahre davor Honorare für Vorträge, Gutachten, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren, Fortbildungen, Artikel o. ä. direkt oder indirekt von

- einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einem Auftragsforschungsinstitut, etc.),
- einem pharmazeutischen Unternehmen,
- einem Medizinproduktehersteller,
- einer medizinischen Fachgesellschaft,
- einem Fachverband,
- einem medizinischen Register oder
- einem Interessenverband im Gesundheitswesen

erhalten?

nein

ja (bitte in nachfolgender Tabelle angeben)

| Unternehmen etc. | Art der Tätigkeit(en) | Thema | Zeitpunkt/ Zeitraum | Gesamtsumme Honorar |
|------------------|-----------------------|-------|---------------------|---------------------|
|                  |                       |       |                     |                     |
|                  |                       |       |                     |                     |
|                  |                       |       |                     |                     |
|                  |                       |       |                     |                     |
|                  |                       |       |                     |                     |
|                  |                       |       |                     |                     |

**Frage 4: Drittmittel**

Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres oder in den drei Kalenderjahren davor von

- einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einem Auftragsforschungsinstitut etc.),
- einem pharmazeutischen Unternehmen,
- einem Medizinproduktehersteller oder
- einem Interessenverband im Gesundheitswesen

sogenannte Drittmittel erhalten (d. h. finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen)?

Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit im jeweiligen Zeitraum, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

nein

ja (bitte in nachfolgender Tabelle, differenziert nach Sach- und Personalmittel angeben)

| Geldgeber | Projektthema | Zeitraum | Gesamtsumme Drittmittel | Empfänger: persönlich/ Einrichtung |
|-----------|--------------|----------|-------------------------|------------------------------------|
|           |              |          |                         |                                    |
|           |              |          |                         |                                    |
|           |              |          |                         |                                    |
|           |              |          |                         |                                    |
|           |              |          |                         |                                    |
|           |              |          |                         |                                    |

**Frage 5 : Sonstige Unterstützung**

Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres oder in den drei Kalenderjahren davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung) ohne wissenschaftliche Gegenleistung von

- einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut),
- einem pharmazeutischen Unternehmen,
- einem Medizinproduktehersteller oder
- einem Interessenverband im Gesundheitswesen

erhalten?

nein

ja (falls ja, bitte in nachfolgender Tabelle getrennt nach Unternehmen beschreiben)

Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

| Geldgeber | Art der Zuwendung | Zeitraum | Summe | Empfänger<br>Persönlich /<br>Einrichtung |
|-----------|-------------------|----------|-------|--|
|           |                   |          |       |  |
|           |                   |          |       |  |
|           |                   |          |       |  |
|           |                   |          |       |  |
|           |                   |          |       |  |
|           |                   |          |       |  |

**Frage 6 : Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds o. ä.) einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einem Auftragsforschungsinstitut), eines pharmazeutischen Unternehmens oder eines Medizinprodukteherstellers?

- nein
- ja (bitte in nachfolgender Tabelle angeben)

| Aktie/Anteil/Fond | aktueller Wert |
|-------------------|----------------|
|                   |                |
|                   |                |
|                   |                |
|                   |                |
|                   |                |
|                   |                |
|                   |                |

**Frage 7: Sonstiges**

Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht von unvoreingenommenen Betrachtenden als Interessenkonflikt bewertet werden können (z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen bzw. Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen)?

- nein
- ja (bitte nachfolgend beschreiben)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich erkläre weiterhin, dass ich jede Veränderung dieser Umstände unverzüglich durch eine ergänzende Erklärung aktualisieren werde. Ich willige ein, dass die oben angegebenen Sachverhalte zusammenfassend, ohne konkrete Nennung der Partner, unter Angabe meines Namens veröffentlicht werden können. Mir ist bekannt, dass diese Veröffentlichung über das Internet ggf. frei zugänglich ist. Eine darüber hinausgehende Veröffentlichung meiner Angaben erfolgt nicht.

---

Ort, Datum

Unterschrift