

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Mindestmengenregelungen:
Festlegung von Informationen zu Prognoseprüfungen und
weitere Änderungen

Vom 21. Dezember 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	6
4.	Verfahrensablauf	6
5.	Fazit.....	7
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	7

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt oder bzw. und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände zu beschließen. Die normative Umsetzung durch den G-BA erfolgt im Rahmen der Mindestmengenregelungen (Mm-R), die vorliegend geändert werden.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die mit diesem Beschluss vorgenommenen Anpassungen der Mm-R umfassen neben bloßen redaktionellen Berichtigungen in §§ 2 Absatz 1, 5 Absatz 2, 6 Absatz 2 Satz 4, 6 Absatz 4 und 9 Absatz 1 insbesondere die Ergänzung eines Anhangs, der die Übermittlungspflichten der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an den G-BA regelt. Die Änderungen dienen der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aus § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V. Mit diesem Auftrag wurde den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I 2021, Nr. 44, 19.07.2021, S. 2754) aufgegeben, dem Gemeinsamen Bundesausschuss einrichtungsbezogene Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen zu übermitteln, soweit dies für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung erforderlich und in Beschlüssen zu den Mm-R vorgesehen ist.

§ 5 Absatz 3 regelt die Übermittlung der Angaben nach § 5 Absatz 2 Buchstabe a bis c. Diese sind elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikationen zu übermitteln. Belege nach § 5 Absatz 2 Buchstabe d können schriftlich oder elektronisch in maschinenlesbarer Form übermittelt werden. Hiermit wird klargestellt, dass, soweit eine elektronische Übermittlung nach § 5 Absatz 3 Satz 1 aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich ist, die Übermittlung auch schriftlich erfolgen kann.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zu § 1 Absatz 5

Dem § 1 wird ein neuer Absatz 5 angefügt. Dieser Änderung liegt der mit dem GVWG neu eingeführte § 136 Absatz 5 Satz 7 SGB V zugrunde, wonach die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dem G-BA einrichtungsbezogene Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen übermitteln, soweit dies für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung erforderlich und in Beschlüssen zu den Mm-R vorgesehen ist.

Zu § 5 Absatz 4

Es wird der Begriff der Unverzüglichkeit in die Regelung eingefügt, da in der Vergangenheit Eingangsbestätigungen von der Kassenseite regional begrenzt teilweise mit erheblichem Zeitverzug versandt wurden. Mit dieser Änderung wird daher auf eine beschleunigte, möglichst schnelle Übermittlung der Eingangsbestätigungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen hingewirkt, ohne eine starre oder feste Frist vorzugeben. Eine möglichst rasche Übermittlung entspricht dem unverändert fortbestehenden Zweck der Eingangsbestätigung als einer der Planungssicherheit dienende informative Mitteilung ohne

Regelungswirkung und soll auch insgesamt zu einer möglichst effizienten und reibungslosen Durchführungspraxis zwischen den Beteiligten beitragen.

Zu § 5 Absatz 6

Dieser Absatz wird nach Maßgabe des § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V in der Fassung des GVWG insgesamt neugefasst und in **Satz 1** bestimmt, dass Regelungsort für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben der mit diesem Beschluss neu angefügte Anhang zur Mm-R ist. Entsprechend werden in diesem Anhang die dem G-BA von den von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen kalenderjährlich zu übermittelnden einrichtungsbezogenen Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen sowie deren Erforderlichkeit für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung tabellarisch konkret festgelegt.

Satz 2 gibt zur organisatorischen Durchführung und praktischen Umsetzung vor, dass die im Anhang festgelegten Informationen dem G-BA ab dem Kalenderjahr 2024 jeweils bis zum 15. November des laufenden Kalenderjahres in einheitlicher, maschinenlesbarer Form zu übermitteln sind, soweit sie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis einschließlich 8. Oktober bekannt geworden sind. Im Anhang wird diesbezüglich als konkrete Übermittlungsform die Verwendung einer Excel-Tabelle vorgegeben.

Vgl. im Weiteren hierzu auch insgesamt die Begründung zur Anlage.

Durch die zeitliche Festlegung auf den 8. Oktober sollen insbesondere auch die im Anhang festgelegten einrichtungsbezogenen Informationen zur erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung gemäß § 6, die grundsätzlich unterjährig zu jedem beliebigen Zeitpunkt starten kann, möglichst weitestgehend erfasst und dem G-BA übermittelt werden können.

Satz 3 gibt den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136b Absatz 5 Satz 8 SGB V wörtlich wieder, wonach der G-BA die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen informiert.

Zu § 6 Absatz 1

Durch diese Änderung wird die in Absatz 2 Satz 5 neu eingeführte Informationspflicht der Krankenhausträger (vgl. hierzu die Begründung zu § 6 Absatz 2) von den zu erfüllenden Voraussetzungen der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung nach Absatz 2 bis 5 explizit ausgenommen.

Zu § 6 Absatz 2

In Satz 3 wird der Begriff der Unverzüglichkeit ergänzt (vgl. hierzu die Begründung zu § 5 Absatz 4).

Mit dem neu angefügten Satz 5 wird eine auf Satz 4 bezogene Mitteilungspflicht des Krankenhausträgers eingeführt und inhaltlich ausgestaltet. Nach Satz 4 muss das Krankenhaus bis spätestens sechs Monate nach dem beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung mindestens eine der beabsichtigten mindestmengenrelevanten Leistungen auch tatsächlich erbracht haben. Mit dem neuen Satz 5 wird diese vom Krankenhaus einzuhaltenden Leistungserbringungsvoraussetzung um eine Mitteilungspflicht des Krankenhausträgers ergänzt, wonach unverzüglich nach Fristablauf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über das konkrete Datum der maßgeblichen erbrachten

mindestmengenrelevanten Leistung zu informieren sind bzw. darüber, dass innerhalb dieser Frist keine Leistung erbracht wurde.

Diese neue Mitteilungspflicht wird eingeführt, weil den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bisher die erforderliche Information nicht vorlag, ob die Voraussetzungen für die Leistungserbringung auch nach Satz 4 erfüllt wurden und damit die Leistungen auf Grundlage von § 6 auch über die in Satz 4 festgelegte Frist hinaus erbracht werden dürfen. Diese Informationen sind für Patienteninformation durch die Krankenkassen bedeutsam. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten regelmäßig über geeignete Standorte und empfehlen zur Durchführung von Leistungen, die einer Mindestmenge unterliegen, nur Standorte, die gemäß Mm-R zur Leistungserbringung berechtigt sind. Zum Schutz der Patienten müssen die Kassen unmittelbar und unverzüglich erfahren, wann ein zuvor als „berechtigt“ hinterlegter Standort seine Berechtigung zur Leistungserbringung wieder verliert.

Nach Satz 6 ist Satz 3 entsprechend anzuwenden, d.h. auch der Eingang dieser Mitteilung ist von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch zu bestätigen (vgl. hierzu auch die Begründung zu § 5 Absatz 4).

Diese neue Mitteilungspflicht bleibt indessen nach Absatz 1 von den zu erfüllenden Voraussetzungen der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung nach Absatz 2 bis 5 explizit ausgenommen (vgl. hierzu die Begründung zu § 6 Absatz 1).

Zu § 7

Die allgemeinen Vorgaben für Übergangsregelungen wurden sprachlich präzisiert. In diesem Zuge wird zukünftig insbesondere auf regelhafte zeitliche Rahmenvorgaben für die Festlegung von Übergangsregelungen verzichtet. Derartige vom jeweiligen konkreten Leistungsbereich abstrahierende Vorgaben für die Ausgestaltung von Übergangsregelungen haben sich in der Beschlusspraxis als grundsätzlich unergiebig und damit entbehrlich erwiesen.

Zu § 9 Absatz 2

Nach Absatz 2 erfolgt bis einschließlich 31. Dezember 2024 die Übermittlung nach § 6 Absatz 2 Satz 5 und die Eingangsbestätigungen nach § 6 Absatz 2 Satz 3 und 6 nur in schriftlicher Form. Durch die Entwicklung der neuen Spezifikation stehen entsprechend angepasste Softwareprodukte zur elektronischen Übermittlung in maschinenlesbarer Form nicht sofort nach Inkrafttreten des Beschlusses zur Verfügung. Daher soll übergangsweise nur die schriftliche Übermittlung ohne Nutzung der Spezifikation Anwendung finden.

Zum Anhang

Wie bereits zu § 5 Absatz 6 erläutert, werden in diesem Anhang gemäß § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V in der Fassung des GVWG die dem G-BA von den von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen kalenderjährlich zu übermittelnden einrichtungsbezogenen Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen sowie deren Erforderlichkeit für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung tabellarisch konkret festgelegt. In diesem Zusammenhang gilt es auch auf gesetzlichen Vorgaben zur kontinuierlichen Überprüfung der Evidenz gemäß § 136b Absatz 3 Satz 1 SGB V, zur zeitnahen Evaluation der Auswirkungen gemäß § 136b Absatz 3 Satz 4 SGB V, zur Bewertung ihrer Wirksamkeit gemäß § 136d SGB V sowie zur Darstellung der Umsetzung der Mm-R im

Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) gemäß § 136b Absatz 6 SGB V, die der Information der Öffentlichkeit dient, hinzuweisen. Das Erfordernis der Übermittlung der einzelnen Informationsfelder im Anhang ergibt sich aus dem Bestreben, Transparenz über die Einhaltung, den Umsetzungsgrad und die Wirksamkeit der Mm-R herzustellen, um das tatsächliche Versorgungsgeschehen beobachten und evaluieren sowie möglichen Anpassungs- oder Weiterentwicklungsbedarf identifizieren zu können. Für die Beobachtung und Evaluation der Mm-R, für ihre Weiterentwicklung und für die Information der Öffentlichkeit ist es insoweit wichtig, konkret zu erfahren, welche Leistungsmengen tatsächlich an dem Standort erreicht wurden und auf welcher Grundlage die Krankenhäuser mindestmengenrelevante Leistungen erbringen.

Im Einzelnen:

Zu Nummer 1 des Anhangs

Nummer 1 des Anhangs enthält die zu übermittelnden Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen nach § 5 Mm-R (Regelbetrieb). Die Datenfelder 1 bis 9 dienen der Zuordnung der Information zu dem betreffenden Standort, dem Krankenhaus, dem Krankenhausträger, dem Bundesland bzw. der konkreten Mindestmenge. Diese Datenfelder sind erforderlich, um eine Evaluation und eine transparente Darstellung überhaupt erst sinnvoll zu ermöglichen. Die Datenfelder 10 bis 13 dienen der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung und sind aus diesem Grund sowohl für die Evaluation der Mm-R als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Datenfelder 10 und 11 dienen dem G-BA zudem zur Einschätzung, ob/wie stark eine bestimmte Mindestmenge sich auf die flächendeckende Versorgung tatsächlich auswirkt. Datenfelder 12 und 13 schaffen Klarheit darüber, zu welchem Anteil eine positive oder negative Prognose auf den Leistungszahlen des vorausgegangenen Jahres beruht.

Das Datenfeld 14 dient zur Abfrage der Ergebnisse der Prognoseprüfungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen und ist sowohl für die Evaluation und Weiterentwicklung der Mm-R als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. So kann geprüft werden, welcher Anteil der Prognosen widerlegt wurde.

Zu Nummer 2 des Anhangs

Nummer 2 des Anhangs enthält die zu übermittelnden Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen nach § 6 Absatz 4 Satz 2 und 3 Mm-R (Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung). Die Datenfelder 1 bis 9 dienen der Zuordnung der Information zu dem betreffenden Standort, dem Krankenhaus, dem Krankenhausträger, dem Bundesland bzw. der konkreten Mindestmenge. Diese Datenfelder sind erforderlich, um eine Evaluation und eine transparente Darstellung überhaupt erst sinnvoll zu ermöglichen. Die Datenfelder 10 und 11 dienen der Darstellung der Mitteilung über den beabsichtigten Beginn sowie des beabsichtigten Datums des Beginns einer Leistungserbringung und sind für Evaluation und Weiterentwicklung der Mm-R und für die Information der Öffentlichkeit über den Zeitraum der Leistungsberechtigung erforderlich. Hiermit kann z. B. evaluiert werden, wie häufig Leistungserbringer je Leistungsbereich neu mit der Versorgung beginnen wollen und somit wie viel Fluktuation in diesem Leistungsbereich besteht. Die Datenfelder 12 und 13 dienen der Darstellung der Mitteilung der Leistungsberechtigung für die ersten zwölf Monate sowie des Datums der ersten Leistungserbringung und sind sowohl für die Evaluation und Weiterentwicklung der Mm-R als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Hiermit kann bspw. evaluiert werden, wie häufig Krankenhäuser den beabsichtigten Beginn

der Leistungserbringung ankündigen, dann jedoch nicht leisten. Die Datenfelder 14 und 15 dienen der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung für die Monate 13 bis 24 ab Beginn der Leistungserbringung und sind sowohl für Evaluation und Weiterentwicklung der Mm-R als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Hiermit kann bspw. dargestellt werden, welche Leistungszahlen Neu- und Wiedererbringer im ersten Jahr der Leistungserbringung im Vergleich zu Krankenhäusern im Regelbetrieb erbringen. Die Datenfelder 16 und 17 dienen der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung für das restliche laufende Kalenderjahr und sind sowohl für die Evaluation und Weiterentwicklung der Mm-R als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Es kann evaluiert werden, welcher Anteil der Krankenhäuser, die mit der Leistungserbringung neu oder erneut begonnen haben, diese auch nach dem zweiten Jahr fortsetzen können.

Das Datenfeld 18 dient der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung für das folgende Kalenderjahr, wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Juli bis Dezember erfolgte, und ist aus diesem Grund sowohl für Evaluation und Weiterentwicklung der Mm-R als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Es kann evaluiert werden, welcher Anteil der Krankenhäuser, die mit der Leistungserbringung neu oder erneut begonnen haben, diese auch nach dem zweiten Jahr fortsetzen können.

Die Datenfelder 19 bis 21 dienen der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung für das folgende Kalenderjahr, wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte, und sind aus diesem Grund sowohl für Evaluation und Weiterentwicklung der Mm-R als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Es kann evaluiert werden, welcher Anteil der Krankenhäuser, die mit der Leistungserbringung neu oder erneut begonnen haben, diese auch nach dem zweiten Jahr fortsetzen können.

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 6 Absatz 2 Satz 5 entsteht mit Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über das Erbringen einer Leistung nach § 6 Absatz 2 Satz 2 Buchstabe b eine neue Informationspflicht. Da es sich hierbei um eine einfache Mitteilung handelt, welche nur von wenigen Krankenhäusern im Rahmen der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung abzugeben ist, sind die daraus resultierenden zusätzlichen Bürokratiekosten marginal. Daher wird an dieser Stelle auf eine Quantifizierung der Bürokratiekosten verzichtet.

4. Verfahrensablauf

Die zuständige AG des G-BA hat am 22. November 2022 die Beratungen über die Festlegung von Informationen zu Prognoseprüfungen und weitere Änderungen der Mm-R aufgenommen und das Thema fachlich in seinen Sitzungen am 18. Januar 2023, 12. April 2023, 24. Mai 2023, 18. Juli 2023, 16. August 2023, 29. August 2023, 20. September 2023, 6. Oktober 2023 und 25. Oktober 2023 beraten.

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am 1. November 2023 und 6. Dezember 2023 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 21. Dezember 2023 die Beschlussfassung empfohlen.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mm-R Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind (vgl. **Anlage 1**).

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 1. November 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 2. November 2023 eingeleitet. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 23. November 2023.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 16. November 2023 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 2**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2023 beschlossen, die Mm-R zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) sowie versandte Tragende Gründe und geltende Fassung der Mm-R mit sichtbar eingearbeiteten Änderungsvorschlägen

Anlage 2: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R)

Berlin, den 21. Dezember 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
Qualitätssicherung**

Besuchsadresse:
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versor-
gungskonzepte

Telefon:
030 275838547

Telefax:
030 275838505

E-Mail:
qs@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Datum:
2. November 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

An den
Bundesbeauftragten für den Daten-
schutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Straße 153
53117 Bonn

Stellungnahmerecht gemäß § 91 Abs. 5a SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundes- ausschusses

**hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R): Fest-
legung von Informationen zu Prognoseprüfungen und weitere Änderungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Qualitäts-
sicherung am 1. November 2023 den Beschlussentwurf *über eine Änderung der Mindestmengen-
regelungen (Mm-R): Festlegung von Informationen zu Prognoseprüfungen und weitere Änderun-
gen* beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens mit dem Bundesbeauftragten für
den Datenschutz und die Informationsfreiheit beschlossen.

Das Nähere zu gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren ist im 1. Kapitel §§ 8 bis 14
der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO) geregelt
(<https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>).

Die Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V legen für ausgewählte
planbare stationäre Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der
Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, die Höhe der jeweiligen jährlichen Mindest-
menge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Kranken-
hauses fest. Zudem sind in den Regelungen das Nähere zur Darlegung der Prognose durch das
Krankenhaus, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen bestimmt.

Hiermit wird Ihnen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme zum Beschluss-
entwurf *über eine Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R): Festlegung von Infor-
mationen zu Prognoseprüfungen und weitere Änderungen (Anlage 1)*, der Gegenstand des
Stellungnahmeverfahrens ist, gegeben. Wir weisen darauf hin, dass der Beschlussentwurf zu
einzelnen strittigen Punkten verschiedene Positionen enthalten kann, zu denen ebenfalls



Stellung genommen werden kann. Soweit innerhalb des G-BA strittige Positionen vorliegen, die in das Stellungnahmeverfahren eingebracht werden, sind diese dissidenten Punkte nach dem 1. Kapitel § 10 Abs. 2 Satz 3 VerfO kenntlich gemacht und begründet. Das Dokument „Tragende Gründe“ (**Anlage 2**) erstellt der G-BA zu jeder Erstfassung, Neufassung oder Änderung von Richtlinien und Regelungen; es beinhaltet die Begründung und Erläuterung der Beschlussinhalte.

Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit stellen wir Ihnen eine Fassung der Mm-R als **Anlage 3** zur Verfügung, in der die vorgeschlagenen Änderungen gegenüber der aktuell geltenden Fassung sichtbar eingearbeitet sind.

Im Hinblick auf den Datenschutz und die Informationsfreiheit erachtet der Unterausschuss insbesondere § 5 Abs. 6 und den vorgesehenen Anhang der Mm-R, der die Erhebung von Daten im Zusammenhang mit den von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorzusehenden Prognoseprüfungen regelt, als maßgeblich. Diese Einschätzung des Unterausschusses erhebt allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Folglich kann der Unterausschuss auch nicht ausschließen, dass nicht ggf. auch an anderen Stellen des Beschlussentwurfs weitere Regelungen zur entsprechenden Datenerhebung oder solche zur Verarbeitung personenbezogener Daten getroffen werden.

Wir bitten um Ihre schriftliche Stellungnahme innerhalb einer Frist von drei Wochen bis einschließlich **23. November 2023 per E-Mail an das Postfach qs@g-ba.de**.

Sofern Sie eine schriftliche Stellungnahme abgeben, wird Ihnen gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 1 VerfO in der Regel Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme (Anhörung) gegeben. Für den Fall einer fristgerechten Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme hat der Unterausschuss bereits konsentiert, Sie in seine Sitzung am **6. Dezember 2023** zur Anhörung einzuladen. Für den Fall, dass eine Stellungnahme nicht bis zur vorgenannten Frist am 23. November 2023 und damit nicht fristgerecht abgegeben wird, wird zudem darauf hingewiesen, dass gemäß 1. Kapitel § 10 Abs. 2 Satz 4 VerfO ggf. eine Auswertung der Stellungnahme nicht erfolgen und von einer Einladung zur Anhörung abgesehen werden kann. Die Anhörung dient gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 5 VerfO in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Bitte teilen Sie uns daher zusammen mit der Abgabe Ihrer schriftlichen Stellungnahme mit, ob Sie an der Anhörung am **6. Dezember 2023** teilnehmen werden. In diesem Fall werden wir Sie über das weitere organisatorische Procedere informieren. Sofern wir Ihrerseits keine Rückmeldung hinsichtlich Ihrer Teilnahme an der Anhörung erhalten, gehen wir davon aus, dass diese Ihrerseits nicht vorgesehen ist.

Gemäß 1. Kapitel § 10 Abs. 2 Satz 4 VerfO weisen wir Sie auf Ihre Pflicht zur vertraulichen Behandlung der Unterlagen und die Möglichkeit der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA hin. Zudem weisen wir Sie ausdrücklich darauf hin, dass etwaige in Ihrer



Stellungnahme enthaltene personenbezogene Daten im Zuge der Veröffentlichung der Stellungnahme in dieser verbleiben und damit ebenfalls auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i.A. Katrin Starke, LL.M.
Stv. Abteilungsleitung

Anlage 1: Beschlussentwurf

Anlage 2: Tragende Gründe

Anlage 3: Geltende Fassung der Mm-R mit sichtbar eingearbeiteten Änderungsvorschlägen



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Festlegung von Informationen zu Prognoseprüfungen und weitere Änderungen

Stand: 01.11.2023

Grau hinterlegt: von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Mindestmengenregelungen in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz. Nr. 143, S. 5389), die durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 16. Februar 2023 (BAnz AT 10.03.2023 B5) zuletzt geändert worden sind, wie folgt zu ändern:

I. Dem § 1 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Gemäß § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V werden die einrichtungsbezogenen Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen festgelegt, welche die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dem G-BA für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung zu übermitteln haben.“

II. § 2 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)“ die Wörter „in Verbindung mit“ eingefügt.

III. § 5 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 Satz 1 c) wird nach der Angabe „§ 4 Absatz 2“ die Angabe „Satz 2“ eingefügt.

2.

GKV-SV/PatV	DKG
[keine Übernahme]	Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt: „Soweit eine elektronische Übermittlung nach Satz 1 nicht möglich ist, kann die Übermittlung nach Satz 1 auch schriftlich erfolgen.“

3.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Absatz 4 wird wie folgt gefasst: „Der Eingang einer schriftlichen Prognosedarlegung wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen

	gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich innerhalb einer Woche bestätigt. Der Eingang einer elektronischen Prognosedarlegung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation wird innerhalb eines Arbeitstages von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt.“
--	---

4. Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V dem G-BA kalenderjährlich zu übermittelnden einrichtungsbezogenen Informationen sowie deren Erforderlichkeit für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung werden im Anhang zu diesen Regelungen festgelegt. Die im Anhang festgelegten Informationen sind dem G-BA [ab dem Kalenderjahr 20XX] jeweils bis zum 15. November des laufenden Kalenderjahres in einheitlicher, maschinenlesbarer Form zu übermitteln, soweit sie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis einschließlich 8. Oktober bekannt geworden sind.

GKV-SV/PatV	DKG
Zur Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Nr. 3 SGB V sind die Daten gemäß Anhang der Mm-R vom G-BA oder einer von ihm beauftragten Stelle standortbezogen so aufzubereiten, dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) an die Annahmestelle übermittelt werden können. Details zum Datenformat und zu den Liefermodalitäten regelt die Qb-R.	[keine Übernahme]

Der G-BA informiert die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen.“

IV. § 6 wird wie folgt geändert:

- In Absatz 1 werden nach den Wörtern „gemäß Absatz 2“ die Wörter „Satz 1 bis 2 sowie Satz 4/5 und Absatz 3“ eingefügt.
- Absatz 2 wird wie folgt geändert:

GKV-SV	DKG (Folgedissens zu § 5 Abs. 4 Mm-R)
a) In Satz 4	<p>a) Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Der Eingang einer schriftlichen Mitteilung nach Satz 1 wird innerhalb von einer Woche von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich bestätigt.“</p> <p>b) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt: „Der Eingang einer elektronischen Mitteilung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation nach Satz 1 wird innerhalb eines Arbeitstages von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger elektronisch in</p>

	<p>maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt.“</p> <p>c) In dem neuen Satz 5</p>
--	--

wird nach den Wörtern „eine Leistung nach“ die Angabe „Absatz 2“ gestrichen.

b/d) Folgende Sätze werden angefügt:

„Nach Ablauf dieser Frist übermittelt der Krankenhausträger den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entsprechend Satz 1 unverzüglich das Datum der ersten Leistungserbringung oder die Information, dass innerhalb der Frist keine Leistung erbracht wurde. Satz 3 [GKV-SV: gilt; DKG: und 4 gelten] entsprechend.“

3.

GKV-SV	DKG (Folgedissens zu § 5 Abs. 4 Mm-R)
[keine Übernahme]	<p>Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Der Eingang einer schriftlichen Mitteilung wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich innerhalb von einer Woche bestätigt.“</p> <p>b) Folgender Satz wird angefügt:</p> <p>„Der Eingang einer elektronischen Mitteilung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation wird innerhalb eines Arbeitstages von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt.“</p>

4. In Absatz 4 wird nach den Wörtern „unmittelbar folgenden“ das Wort „12-monatigen“ ersetzt durch das Wort „zwölfmonatigen“.

V. § 7 wird wie folgt gefasst:

GKV-SV	DKG
<p>„Bei Aufnahme neuer Mindestmengen in die Anlage oder Änderungen von in der Anlage bereits festgelegten Mindestmengen werden leistungsbereichsspezifische Übergangsregelungen für Krankenhäuser in der Anlage bestimmt.“</p>	<p>„Bei Festlegung neuer Mindestmengen, bei Erhöhungen bereits bestehender Mindestmengen, bei Einführung des Arztbezugs, bei Änderung der Zählweise zur Berechnung der Leistungsmenge oder bei der Änderung der für die Berechnung der Leistungsmenge zu berücksichtigenden erbrachten Leistungen bereits bestehender Mindestmengen bestehen für Krankenhäuser Übergangsfristen von in der Regel 24 Monaten. Nach einer Übergangsfrist von 24 Monaten können stufenweise Erhöhungen der Mindestmenge festgelegt werden. Die Höhe der übergangsweise geltenden Mindestmenge und die leistungsbezogen festgelegte Dauer der Übergangsfrist bestimmt die Anlage.“</p>

GKV-SV	DKG
Das in der Übergangsregelung der Anlage festgelegte Jahr der Geltung einer neuen, veränderten oder übergangsweise festgelegten Mindestmenge ist dabei das Jahr, ab dem die entsprechende Leistung gemäß § 136b Abs. 5 Satz 1 SGB V nicht mehr bewirkt werden darf.“	<i>[keine Übernahme]</i>

VI. § 9 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 wird nach den Wörtern „Abweichend von § 6“ das Wort „finden“ ersetzt durch das Wort „findet“ und nach den Wörtern „mitgeteilt haben,“ das Wort „findet“ gestrichen.

2. Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Bis einschließlich 31. Dezember 2024 erfolgen die Übermittlung nach § 6 Absatz 2 Satz 5/6 und die Eingangsbestätigungen nach § 6 Absatz 2 Satz 3 und 6/7 nur in schriftlicher Form.“

VII. Folgender Anhang wird angefügt:

„Anhang Informationen zur Leistungsberechtigung und den erfolgten Prognoseprüfungen

Gemäß § 5 Absatz 6 Satz 1 Mm-R übermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen je Bundesland folgende Informationen in einheitlicher, maschinenlesbarer Form standortbezogen an den G-BA. Dafür ist eine Excel-Tabelle zu nutzen.

1. Einrichtungsbezogene Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen nach § 5 Mm-R (Regelbetrieb)

	Feldname	Datenfeldbeschreibungen	Datentyp	Zur Zuordnung zur Landesbehörde	Zur Benennung der Leistung	Zur Identifizierung des Krankenhauses	Zur Information der Öffentlichkeit	Zur Weiterentwicklung der Mm-R	Zur Evaluation der Mm-R
1.	Bundesland	Name des Bundeslandes	Auswahlliste: „Baden-Württemberg“, „Bayern“, „Berlin“, „Brandenburg“, „Bremen“, „Hamburg“, „Hessen“, „Mecklenburg-Vorpommern“, „Niedersachsen“, „Nordrhein-Westfalen“, „Rheinland-Pfalz“, „Saarland“, „Sachsen“, „Sachsen-Anhalt“, „Schleswig-Holstein“, „Thüringen“	X			X	X	X
2.	Mindestmengenleistung	Leistung gemäß Anlage	Auswahlliste: „Lebertransplantation“, „Nierentransplantation“, „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“, „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas“, „Allogene Stammzelltransplantation“, „Kniegelenk-Totalendoprothesen“, „Früh- und Reifgeborene < 1.250 g“, „Mamma-Ca-Chirurgie“, „Thoraxchirurgie bei Lungen-Ca“, „Herztransplantation“		X		X	X	X
3.	Name des Krankenhausstandortes	Standort, an dem die Leistung erbracht wird	Textfeld			X	X	X	X

4.	Institutionskennzeichen (IK)	neunstelliges Kennzeichen gem. dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V	Zahl			X	X	X	X
5.	Standort-ID	sechsstellige Nummer gem. dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V	Zahl			X	X	X	X
6.	Ort	Ort des Krankenhausstandortes	Textfeld			X	X	X	X
7.	PLZ	Postleitzahl des Krankenhausstandortes	Textfeld			X	X	X	X
8.	Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer des Krankenhausstandortes	Textfeld			X	X	X	X
9.	Krankenhausträger	Name des Krankenhausträgers	Textfeld			X	X	X	X
10.	Einvernehmen zur Ausnahme der Landesbehörde nach § 136b Absatz 5a SGB V angefragt	Wurden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen für diesen Krankenhausstandort um die Erteilung des Einvernehmens	Auswahlliste: „Nein“, „Ja ohne Abgabe einer Prognose“, „Ja mit Abgabe einer Prognose und Widerlegung“				X	X	X

		zu einer Entscheidung der Landesbehörde über die Nichtanwendung des § 136b Absatzes 5 Satz 1 und 2 SGB V für diese Mindestmengenleistung (Datenfeld Nr. 2) gebeten?							
11.	Einvernehmen zur Ausnahme nach § 136b Absatz 5a erteilt?	Wenn Information zum Stichtag bekannt.	Auswahlliste: „Nein“, „Ja ohne Abgabe einer Prognose“, „Ja mit Abgabe einer Prognose und Widerlegung“, „Information liegt nicht vor“				X	X	X
12.	Leistungsmenge A	Die Leistungsmenge des der Prognose vorausgegangenen Kalenderjahres gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 Mm-R	Zahl				X	X	X
13.	Leistungsmenge B	Die Leistungsmenge der letzten zwei Quartale des der Prognose vorausgegangenen Kalenderjahres sowie der ersten zwei Quartale des	Zahl				X	X	X

		laufenden Kalenderjahres gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 Mm-R								
GKV-SV	DKG									
[keine Übernahme]	14.	Personelle Veränderungen dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Mm-R	Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X
	15.	Strukturelle Veränderungen dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R	Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X
	16.	Weitere Umstände dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R	Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X
14. / 17.	Prognose bestätigt	Ergebnisse der Prognoseprüfung nach § 4 und 5 Mm- R. Bei positiver Prognose: Auswahl „Ja“. Bei begründeten erheblichen Zweifeln: Auswahl „Nein“.	Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X	X

GKV-SV	DKG																				
[keine Übernahme]	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="315 272 394 903">18.</td> <td data-bbox="394 272 725 903"> Regelbeispiel nach § 4 Absatz 4 Satz 2 Buchstabe a bei Widerlegung der Prognose erfüllt </td> <td data-bbox="725 272 1057 903"> Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 nicht erreicht und widersprechen auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose? </td> <td data-bbox="1057 272 1285 903"> (nur auszufüllen, wenn in Zeile 14/17 „Nein“) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“ </td> <td data-bbox="1285 272 1413 903"></td> <td data-bbox="1413 272 1541 903"></td> <td data-bbox="1541 272 1668 903"></td> <td data-bbox="1668 272 1796 903"></td> <td data-bbox="1796 272 1924 903">X</td> <td data-bbox="1924 272 2040 903">X</td> </tr> <tr> <td data-bbox="315 903 394 1337">19.</td> <td data-bbox="394 903 725 1337"> Regelbeispiel nach § 4 Absatz 4 Satz 2 Buchstabe b bei Widerlegung der Prognose erfüllt </td> <td data-bbox="725 903 1057 1337"> Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 nicht erreicht wurde, stützt sich die vom Krankenhausträger getroffene </td> <td data-bbox="1057 903 1285 1337"> (nur auszufüllen, wenn in Zeile 14/17 „Nein“) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“ </td> <td data-bbox="1285 903 1413 1337"></td> <td data-bbox="1413 903 1541 1337"></td> <td data-bbox="1541 903 1668 1337"></td> <td data-bbox="1668 903 1796 1337"></td> <td data-bbox="1796 903 1924 1337">X</td> <td data-bbox="1924 903 2040 1337">X</td> </tr> </table>	18.	Regelbeispiel nach § 4 Absatz 4 Satz 2 Buchstabe a bei Widerlegung der Prognose erfüllt	Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 nicht erreicht und widersprechen auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose?	(nur auszufüllen, wenn in Zeile 14/17 „Nein“) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X	19.	Regelbeispiel nach § 4 Absatz 4 Satz 2 Buchstabe b bei Widerlegung der Prognose erfüllt	Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 nicht erreicht wurde, stützt sich die vom Krankenhausträger getroffene	(nur auszufüllen, wenn in Zeile 14/17 „Nein“) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X
	18.	Regelbeispiel nach § 4 Absatz 4 Satz 2 Buchstabe a bei Widerlegung der Prognose erfüllt	Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 nicht erreicht und widersprechen auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose?	(nur auszufüllen, wenn in Zeile 14/17 „Nein“) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X											
19.	Regelbeispiel nach § 4 Absatz 4 Satz 2 Buchstabe b bei Widerlegung der Prognose erfüllt	Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 nicht erreicht wurde, stützt sich die vom Krankenhausträger getroffene	(nur auszufüllen, wenn in Zeile 14/17 „Nein“) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X												

			Prognose ausschließlich auf die erreichte Leistungsmenge im Zeitraum gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 und widersprechen unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 und Satz 3 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose?							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Einrichtungsbezogene Informationen der Leistungserbringung und erfolgten Prognoseprüfungen nach § 6 Mm-R (Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung)

Feldname	Datenfeldbeschreibungen	Datentyp	Zur Zuordnung zur Landesbehörde	Zur Benennung der Leistung	Zur Identifizierung des Krankenhauses	Zur Information der Öffentlichkeit	Zur Weiterentwicklung der Mm-R	Zur Evaluation der Mm-R
----------	-------------------------	----------	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-------------------------

1.	Bundesland	Name des Bundeslandes	Auswahlliste: „Baden-Württemberg“, „Bayern“, „Berlin“, „Brandenburg“, „Bremen“, „Hamburg“, „Hessen“, „Mecklenburg-Vorpommern“, „Niedersachsen“, „Nordrhein-Westfalen“, „Rheinland-Pfalz“, „Saarland“, „Sachsen“, „Sachsen-Anhalt“, „Schleswig-Holstein“, „Thüringen“	X			X	X	X
2.	Mindestmengenleistung	Leistung gemäß Anlage	Auswahlliste: „Lebertransplantation“, „Nierentransplantation“, „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“, „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas“, „Allogene Stammzelltransplantation“, „Kniegelenk-Totalendoprothesen“, „Früh- und Reifgeborene < 1.250 g“, „Mamma-Ca-Chirurgie“, „Thoraxchirurgie bei Lungen-Ca“, „Herztransplantation“		X		X	X	X
3.	Name des Krankenhausstandortes	Standort, an dem die Leistung erbracht wird	Textfeld			X	X	X	X
4.	Institutionskennzeichen (IK)	neunstelliges Kennzeichen gem. dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V	Zahl			X	X	X	X
5.	Standort-ID	sechsstellige Nummer gem. dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V	Zahl			X	X	X	X
6.	Ort	Ort des Krankenhausstandortes	Textfeld			X	X	X	X

7.	PLZ	Postleitzahl des Krankenhausstandortes	Textfeld			X	X	X	X
8.	Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer des Krankenhausstandortes	Textfeld			X	X	X	X
9.	Krankenhausträger	Name des Krankenhausträgers	Textfeld			X	X	X	X
10.	Mitteilung über den beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung (Stichtag 8. Oktober)	Hat der Krankenhausträger für den betreffenden Standort einen beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Stichtag gemäß § 6 Absatz 2 Mm-R mitgeteilt?	Auswahlliste: „Ja“, „Information liegt nicht vor“				X	X	X
11.	Beabsichtigter Beginn der Leistungserbringung	Tag, Monat und Jahr des beabsichtigten Beginns der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 Satz 2 Buchstabe c Mm-R	(nur, wenn Zeile 10 befüllt wurde) TT/MM/JJJ				X	X	X

12.	Leistungsberechtigu ng für die ersten zwölf Monate ab Beginn der Leistungserbringung (Stichtag 8. Oktober)	Leistungsberechtigu ng nach § 6 Absatz 3 Satz 1 Mm-R: Wurde nach Mitteilung des Krankenhausträgers gemäß § 6 Absatz 2 Satz 1 innerhalb der ersten sechs Monate nach dem beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung die erste Leistung erbracht, soweit diese Information in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde	(nur auszufüllen, wenn diese Information in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „keine Leistung innerhalb von sechs Monaten erbracht“, „Information liegt nicht vor“				X	X	X
13.	Datum der ersten Leistungserbringung	Tag, Monat und Jahr der ersten Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 Satz 5/6 Mm-R, soweit diese erfolgt ist	(nur auszufüllen, wenn in Zeile 12 „Ja“) TT/MM/JJJJ				X	X	X
14.	Leistungsmenge der ersten zwölf Monate	Leistungsmenge nach § 6 Absatz 3 Satz 2 oder 3 Mm-R, soweit diese in den	(nur auszufüllen, wenn diese Information in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde)				X	X	X

		zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.	Zahl						
15.	Leistungsberechtigung für die Monate 13 bis 24 ab Beginn der Leistungserbringung (Stichtag 8. Oktober)	Wenn die Zahl aus Zeile 14 die Bedingungen aus § 6 Absatz 3 Satz 2 oder 3 Mm-R erfüllt, besteht die Leistungsberechtigung gemäß § 6 Absatz 4 Satz 1 Mm-R.	(nur, wenn Zeile 14 befüllt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“				X	X	X
16.	Leistungsmenge der Monate 13 bis 24	Leistungsmenge im Zeitraum nach § 6 Absatz 4 Satz 1 Mm-R, soweit diese in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.	(nur auszufüllen, wenn diese Information in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde) Zahl				X	X	X
17.	Prognose für das restliche laufende Kalenderjahr bestätigt (Stichtag 8. Oktober)	Ergebnis der Prüfung der Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R. Bei positiver Prognose: Auswahl „Ja“. Bei begründeten	(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“				X	X	X

		erheblichen Zweifeln: Auswahl „Nein“.								
GKV-SV	DKG									
[keine Übernahme]	18.	Personelle Veränderungen dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.	(nur, wenn Zeile 17 befüllt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X
	19.	Strukturelle Veränderungen dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.	(nur, wenn Zeile 17 befüllt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X
	20.	Weitere Umstände dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.	(nur, wenn Zeile 17 befüllt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X

18. / 21.	Prognose für das folgende Kalenderjahr bestätigt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Juli bis Dezember erfolgte)	Ergebnis der Prüfung der Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 3. Bei positiver Prognose: Auswahl „Ja“. Bei begründeten erheblichen Zweifeln: Auswahl „Nein“. Diese Prognose basiert unter anderem auf der Zahl in Zeile 16	(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Juli bis Dezember enthält) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X	X
--------------	--	---	--	--	--	--	--	---	---	---

GKV-SV		DKG									
[keine Übername]	22.	Personelle Veränderungen dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.	(nur, wenn Zeile 21 befüllt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“						X	X
	23.	Strukturelle Veränderungen dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag	(nur, wenn Zeile 21 befüllt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“						X	X

			8. Oktober übermittelt wurde.							
	24.	Weitere Umstände dargelegt	§ 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.	(nur, wenn Zeile 21 befüllt wurde) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“					X	X
19. / 25.	Leistungsmenge A (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)	Leistungsmenge im Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.	(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält) Zahl				X	X	X	
20. / 26.	Leistungsmenge B (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)	Leistungsmenge im Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6	(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält) Zahl				X	X	X	

		Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.							
21. / 27.	Prognose für das folgende Kalenderjahr bestätigt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)	Ergebnis der Prüfung der Prognose nach § 6 Abs. 6. Bei positiver Prognose: Auswahl „Ja“. Bei begründeten erheblichen Zweifeln: Auswahl „Nein“. Diese Prognose basiert unter anderem auf den Zahlen in Zeilen 19/25 und 20/26.	(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“				X	X	X

GKV-SV		DKG							
[keine Übernahme]									
	28.	Personelle Veränderungen dargelegt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)	§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.	(nur, wenn Zeile 27 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält) Auswahlliste:					X

				„Ja“, „Nein“								
29.	Strukturelle Veränderungen dargelegt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)	§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.	(nur, wenn Zeile 27 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“						X	X		
30.	Weitere Umstände dargelegt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)	§ 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.	(nur, wenn Zeile 27 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält) Auswahlliste: „Ja“, „Nein“						X	X		

“

VIII. Die Änderung der Regelungen tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Mindestmengenregelungen:
Festlegung von Informationen zu Prognoseprüfungen und
weitere Änderungen

Stand: 01.11.2023

Grau hinterlegt: von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	10
4.	Verfahrensablauf	11
5.	Fazit.....	11

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt oder bzw. und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände zu beschließen. Die normative Umsetzung durch den G-BA erfolgt im Rahmen der Mindestmengenregelungen (Mm-R), die vorliegend geändert werden.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die mit diesem Beschluss vorgenommenen Anpassungen der Mm-R umfassen insbesondere die Ergänzung eines Anhangs, der die Übermittlungspflichten der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an den G-BA regelt. Die Änderungen dienen der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aus § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V. Mit diesem Auftrag wurde den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I 2021, Nr. 44, 19.07.2021, S. 2754) aufgegeben, dem Gemeinsamen Bundesausschuss einrichtungsbezogene Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen zu übermitteln, soweit dies für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung erforderlich und in Beschlüssen zu den Mm-R vorgesehen ist.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

In § 5 Absatz 4, § 6 Absatz 2 und § 6 Absatz 3 wurde gleichlautend zur Formulierung im neuen § 6 Absatz 2a das Format und die Frist zur Übersendung der Eingangsbestätigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger konkretisiert. Soweit die Prognosedarlegung bzw. die Mitteilung des Krankenhausträgers schriftlich erfolgt, ist auch die Eingangsbestätigung schriftlich zu erstellen. Erfolgt Prognosedarlegung oder Mitteilung elektronisch, so ist die Eingangsbestätigung elektronisch zu erstellen. Die schnelle Rückmeldung innerhalb einer Woche bzw. eines Arbeitstages ist für die Krankenhäuser notwendig, damit sie die Annahme der Daten überprüfen können. Bei elektronischer Übermittlung ist eine kürzere Frist notwendig, da die Annahme der Daten aufgrund von Problemen mit der Spezifikation abgelehnt werden kann. Elektronische Eingangsbestätigungen werden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen automatisiert erstellt, so dass eine Rückmeldung sofort erfolgen kann. Die Festlegung der Frist von einem Arbeitstag ermöglicht es den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auch bei ggf. vorliegenden Problemen dennoch eine kurzfristige Rückmeldung zu versenden.

Zu § 1 Absatz 5

[...] Dem § 1 wird ein neuer Absatz 5 angefügt. Dieser Änderung liegt der mit dem GVWG neu eingeführte § 136 Absatz 5 Satz 7 SGB V zugrunde, wonach die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dem G-BA einrichtungsbezogene Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen übermitteln, soweit dies für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung erforderlich und in Beschlüssen zu den Mm-R vorgesehen ist.]

Zu § 5 Absatz 3

GKV-SV/PatV	DKG
<p><i>[keine Übernahme]</i></p> <p>[Begründung:</p> <p><i>Der G-BA regelt keine Einzelfälle.</i></p> <p><i>Der G-BA muss bei seinen Regelungen davon ausgehen können, dass die Akteure bei technischen Problemen im Einzelfall pragmatische Lösungen finden.</i></p> <p><i>Die Diskussion zum Antrag der DKG (selber Sachverhalt) im UA-QS vom 5. Oktober 2022 (TOP 15.2) zeigte, dass dies auch in diesem Falle gelungen war (Protokoll).</i></p> <p><i>Darüber hinaus ist die Regelung entbehrlich:</i></p> <p><i>Unabhängig der Regelungen aus den Mm-R besteht ein rechtlich eigenständiges Verwaltungsverfahren zur Prüfung der Prognose nach inhaltlichen Aspekten und zwar unabhängig vom Format der Abgabe. Gemäß § 24 VwVfG hat eine Sachverhaltsermittlung von Amtswegen zu erfolgen, wobei die Landesverbände alle Umstände berücksichtigen müssen, sodass diese eine Entgegennahme von Prognosen, die ein Krankenhaus nicht auf dem Weg gemäß § 5 Abs. 3 Satz 1 Mm-R übermittelt hat, nicht verweigern können. Eine Prognosewiderlegung kann gemäß dem in § 24 VwVfG geregelten Untersuchungsgrundsatz somit nicht aus technischen Gründen vorgenommen werden.</i></p> <p>GKV-SV-Vorschlag für die TrGr an dieser Stelle:]</p> <p>Der Klarstellung halber kommentiert der G-BA § 5 Absatz 3 Satz 1 an dieser Stelle ohne eine Änderung im Regelungstext vorzunehmen.</p> <p>Macht ein Absender oder Empfänger der elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation zu übermittelnden Angaben geltend, er könne die Angaben auf diesem Wege wegen technischer Probleme nicht übermitteln oder entgegennehmen, sind diese erneut in einem geeigneten elektronischen Format oder im begründeten Ausnahmefall als Schriftstück an die in § 5 Absatz 1 genannten Adressaten zu übermitteln.</p>	<p>Soweit die elektronische Übermittlung einer Prognose nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Mm-R nicht möglich ist, kann diese Übermittlung auch schriftlich erfolgen. Eine Übermittlung kann unmöglich sein, wenn beispielsweise die zu diesem Zweck erworbene Software nicht spezifikationsgemäß funktioniert oder eine Annahme der elektronisch zu übermittelnden Prognose durch die Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen nicht möglich ist.</p>

GKV-SV	DKG
<p><i>[keine Übernahme]</i></p> <p>[Begründung:</p> <p><i>Das Bestreben, eine Frist für die Rückmeldungen einzuführen, kann insoweit nachvollzogen werden, da in</i></p>	<p>Zu § 5 Absatz 4</p> <p>Der Eingang einer Prognosedarlegung wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger bestätigt. Bei einer schriftlichen</p>

<p><i>der Vergangenheit Eingangsbestätigungen von der Kassenseite regional begrenzt teilweise mit erheblichem Zeitverzug versandt wurden. In diesen Fällen lag ein Missverständnis über die Anwendung der Mm-R zugrunde, das inzwischen kassenseitig aufgeklärt werden konnte. Dem auslösenden Anlass entsprechend sollte eine Fristregelung nicht mehr erforderlich sein.</i></p> <p><i>Eine Befristung der Eingangsbestätigungen ist grundsätzlich auch nicht sinnvoll, weil sie keine juristisch bindenden Konsequenzen hat.</i></p> <p><i>Falls ein LV KK oder eine EK eine etwaige Frist nicht einhielte, würde die abgegebene Prognose deswegen nicht etwa als „positiv bestätigt“ gelten können. Wann aus dem Prognoseverfahren eine Leistungsberechtigung hervorgehen kann, hat der Gesetzgeber klar eingegrenzt.]</i></p>	<p>Prognosedarlegung des Krankenhausträgers erfolgt dies schriftlich durch die Landesverbände der Krankenkassen innerhalb einer Woche. Bei einer elektronischen Prognosedarlegung in maschinenlesbarer Form des Krankenhausträgers erfolgt dies elektronisch in maschinenlesbarer Form auf der Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikationen durch die Landesverbände der Krankenkassen innerhalb eines Arbeitstages. Die schnelle Rückmeldung innerhalb einer Woche bzw. eines Arbeitstages ist für die Krankenhäuser notwendig, damit sie die Annahme der Daten überprüfen können. Bei elektronischer Übermittlung ist eine kürzere Frist notwendig, da die Annahme der Daten aufgrund von Problemen mit der Spezifikation abgelehnt werden kann. Elektronische Eingangsbestätigungen werden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen automatisiert erstellt, so dass eine Rückmeldung sofort erfolgen kann. Die Festlegung der Frist von einem Arbeitstag ermöglicht es den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auch bei ggf. vorliegenden Problemen dennoch eine kurzfristige Rückmeldung zu versenden.</p>
--	--

Zu § 5 Absatz 6

Dieser Absatz wird nach Maßgabe des § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V in der Fassung des GVWG insgesamt neugefasst und in Satz 1 bestimmt, dass Regelungsort für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben der mit diesem Beschluss neu angefügte Anhang zur Mm-R ist. Entsprechend werden in diesem Anhang die dem G-BA von den von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen kalenderjährlich zu übermittelnden einrichtungsbezogenen Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen sowie deren Erforderlichkeit für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung tabellarisch konkret festgelegt.

Satz 2 gibt zur organisatorischen Durchführung und praktischen Umsetzung vor, dass die im Anhang festgelegten Informationen dem BA [ab dem Kalenderjahr 20XX] jeweils bis zum 15. November des laufenden Kalenderjahres in einheitlicher, maschinenlesbarer Form zu übermitteln sind, soweit sie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis einschließlich 8. Oktober bekannt geworden sind. Im Anhang wird diesbezüglich als konkrete Übermittlungsform die Verwendung einer Excel-Tabelle vorgegeben.

Vgl. im Weiteren hierzu auch insgesamt die Begründung zur Anlage.

Da Krankenhausstandorte, welche eine bestimmte Leistung der Anlage erstmalig oder erneut nach Unterbrechung erbringen, das Verfahren nach § 6 unterjährig zu jedem beliebigen Zeitpunkt starten können, bildet die Stichtagsregelung ein Instrument der Sachstandsermittlung: Auch die durch die Meldepflichten nach § 6 zustande gekommenen Leistungsberechtigungen dieser Standorte sollen weitestgehend erfasst und dem G-BA bekannt gemacht werden.

GKV-SV/PatV	DKG
<p>Satz 3 und 4</p> <p>Künftig kann der G-BA die übermittelten Informationen der LV KK EK auch dazu verwenden, die Selbstauskünfte der Krankenhäuser betreffs der Mindestmengen zu plausibilisieren bzw. zu validieren. Im Qualitätsportal kann der G-BA die übermittelten Ergebnisse der LV KK EK direkt verarbeiten und öffentlich zugänglich machen. Dies entspricht dem Auftrag gemäß § 8.</p> <p>Mit Satz 3 und 4 schafft der G-BA eine Regelungsgrundlage zur potentiellen Nutzung der ihm von den Kassen übermittelten Daten für eine öffentliche, transparente Darstellung.</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

Satz 3/5 gibt den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136b Absatz 5 Satz 8 SGB V wörtlich wieder, wonach der G-BA die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen informiert.

Zu § 6 Absatz 1

Die Ergänzung in § 6 Absatz 1 ist regelungssystematisch erforderlich und erhält die bisherige Funktion von Absatz 1 aufrecht. Absatz 1 nennt die Vorgaben, nach deren Erfüllung Leistungserbringer eine Leistung aus dem Katalog planbarer Leistungen oder erstmalig oder erneut nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung erbringen dürfen. Der neu eingeführte **Satz 5/6** in Absatz 2 gehört nicht zu diesen Vorgaben und wird mit dieser Anpassung in Absatz 1 aus dem Verweis ausgenommen.

GKV-SV	DKG (Folgedissens zu § 5 Abs. 4 Mm-R)
<i>[keine Übernahme]</i>	Zu § 6 Absatz 2 Satz 3 und 4
<i>[Begründung wie § 5 Absatz 4]</i>	Es wird auf die Ausführungen zu § 5 Abs 4 verwiesen.

Zu § 6 Absatz 2 Satz 5/6 bis 6/7

Mit der Mitteilung nach Absatz 2 Satz 1 erwirkt das Krankenhaus eine Berechtigung zur Leistungserbringung, zunächst für den Zeitraum von sechs Monaten ab dem Datum des beabsichtigten Beginns der Leistungserbringung (Satz 2 Buchstabe c).

Wird in diesem Zeitraum eine Leistung erbracht, verlängert sich die Leistungsberechtigung und besteht gemäß § 6 Absatz 3 in den auf das Datum der tatsächlich erfolgten ersten Leistungserbringung folgenden 12 Monate.

Wird jedoch in den ersten sechs Monaten ab dem Datum des beabsichtigten Beginns der Leistungserbringung (Satz 2 Buchstabe c) **keine** Leistung erbracht, erlischt die Berechtigung automatisch am Ende der sechs Monate. Die Information, ob die Leistungsberechtigung nach dem Ablauf der sechs Monate ab dem Datum des beabsichtigten Beginns fortbesteht, lag den Krankenkassen bisher nicht vor. Sie ist indes für Patienteninformation durch die Krankenkassen bedeutsam. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten regelhaft über geeignete Standorte und empfehlen zur Durchführung von Leistungen, die einer Mindestmenge unterliegen, nur Standorte, die gemäß Mm-R zur Leistungserbringung berechtigt sind. Zum Schutz der Patienten müssen die Kassen unmittelbar und sofort erfahren, wann ein zuvor als „berechtigt“ hinterlegter Standort seine Berechtigung zur Leistungserbringung wieder verliert.

GKV-SV	DKG (Folgedissens zu § 5 Abs. 4 Mm-R)
[keine Übernahme]	Zu § 6 Absatz 3 Satz 6 und 7
[Begründung wie § 5 Absatz 4]	Es wird auf die Ausführungen zu § 5 Abs 4 verwiesen.

Zu § 6 Absatz 4

Die Änderung in Absatz 4 ist eine redaktionelle Korrektur.

Zu § 7

GKV-SV	DKG
<p>Die Änderungen in Satz 1 dienen der Klarstellung und beseitigen eine in der Entscheidungspraxis nicht relevante Selbstbindung des Gemeinsamen Bundesausschusses.</p> <p>Im Wesentlichen wird der genannte Zeithorizont möglicher Übergangsregelungen, „(...) von in der Regel 12, jedoch maximal 24 Monaten (...)“ ersetzt durch „leistungsbereichsspezifische Übergangsregelungen“.</p> <p>Hintergrund ist, dass es regelhaft auch kürzere oder längere Übergangsregelungen geben kann. Die vorherige Formulierung löst einen fachlich unnötigen, erhöhten Begründungsaufwand aus.</p>	<p>Die Änderungen dienen der Klarstellung der notwendigen Übergangsregelungen, da die Prognosedarlegung gemäß Mm-R immer auf der Leistungsmenge eines zurückliegenden Zeitraums beruht. Die Festlegung einer neuen oder Änderung einer bestehenden Mindestmenge mit sofortiger Auswirkung auf die Prognosedarlegung hätte demnach eine Auswirkung auf eine bereits erbrachte Leistungsmenge (siehe hierzu auch Ausführungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss über die Änderung der Nummer 5 der Anlage vom 15.12.2022 im Abschnitt 3.6 Seite 30 ff.).</p> <p>Die Änderungen in Satz 1 stellen klar, dass Übergangsregelungen bei verschiedenen Änderungen der Mindestmengen oder bei der Einführung neuer Mindestmengen notwendig werden. Die Anpassung in Bezug auf die Dauer der Übergangsfrist beseitigt eine in der Entscheidungspraxis nicht relevante Selbstbindung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Um zu vermeiden, dass die Festlegung einer neuen Mindestmenge oder andere Festlegungen im Sinne von Satz 1 Wirkungen auf einen vergangenen, vor Inkrafttreten des Beschlusses liegenden Zeitraum entfalten, ist in der Regel eine Übergangsfrist mit einer 24-monatigen Dauer geboten. Die Übergangsregelung ist grundsätzlich für mindestens 24 Monate festzulegen, soweit die Krankenhäuser mit der Änderung nicht</p>

	<p>ausschließlich bessergestellt werden. Die Dauer von 24 Monaten ergibt sich aus dem zweijährigen Vorlauf der für eine positive Prognose erforderlichen Leistungserbringung. Entfallen Leistungen aus der Mindestmengen, müssen diese während der Dauer der Übergangsfrist weiterhin für die Berechnung der Leistungsmenge angerechnet werden, können jedoch bereits von allen Krankenhausstandorten erbracht werden.</p> <p>Die Formulierung „in der Regel“ drückt aus, dass diese Zeitspanne auch länger als 24 Monate gewählt werden kann, beispielsweise, wenn Anpassungen stufenweise eingeführt werden sollen. So kommt zum Beispiel eine stufenweise Anhebung der Höhe einer Mindestmenge in Betracht, wenn die gestufte Einführung mögliche temporäre strukturelle Versorgungsdefizite aufgrund von Patientenumverteilungen vermeiden kann. Um den nach Einsetzen der Zentralisierungseffekte in der Versorgung verbleibenden Standorten ausreichend Zeit zu geben, ihre Strukturen dem höheren Patienten/Fallaufkommen anzupassen, können die gesteigerten Anforderungen einer neuen Mindestmenge gestaffelt werden.</p> <p>Die Formulierung „in der Regel“ drückt ebenfalls aus, dass diese Zeitspanne auch kürzer als 24 Monate gewählt werden kann, soweit hierdurch keine Rückwirkung des Beschlusses eintritt. Dies kann beispielsweise bei einer Absenkung der Höhe einer Mindestmenge der Fall sein.</p> <p>Satz 2 regelt, dass stufenweise Anhebungen der Höhe einer Mindestmenge Teil der Übergangsfrist sind. Dies bedingt, dass in diesen Fällen die (in der Regel) 24-monatige Übergangsfrist, welche allein zum Ausschluss einer Rückwirkung mindestens erforderlich ist, um jeweils ein Jahr pro Stufe verlängert und die Übergangsfrist mithin länger als 24 Monate festgelegt werden muss.</p> <p>Die Änderungen in Satz 3 sind redaktioneller Natur.</p>
--	---

GKV-SV/PatV	DKG
<p>Satz 2 dient der Klarstellung. Das für die Krankenhäuser verbindliche Leistungserbungsverbot nach § 136b Abs. 5 S. 1 SGB V wird als der maßgebliche Ausgangspunkt für die Geltung einer Mindestmenge angesehen. Die Klarstellung ist sinnvoll, um Missverständnisse zu dem gewollten Regelungsgehalt in der Anlage zu vermeiden. Krankenhäuser, die eine von der Mm-R erfasste planbare Leistung im Geltungsjahr dieser Mindestmenge erbringen wollen, müssen aufgrund der Regelung nach § 136b Abs. 5 S. 2 ff. SGB V darlegen, dass diese Mindestmenge voraussichtlich erreicht wird. Die Darlegung der Prognose (vgl. im Einzelnen §§ 4, 5 Mm-R) fällt somit in einen Zeitraum vor Geltung der Mindestmenge.</p> <p>Das Krankenhaus, welches den mit der Geltung der Mindestmenge erhöhten Anforderungen an die Leistungserbringung glaubt, gerecht werden zu</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

können, erhält über die Prognosedarlegung die Möglichkeit, diese (eigene) Einschätzung von den LV KK / EK prüfen zu lassen und dadurch die Sicherheit, von dem im darauffolgenden Jahr (Kalenderjahr X+1) geltenden Leistungserbringungsverbot nicht betroffen zu sein.	
---	--

Zu § 9 Absatz 1

Die Änderung in Absatz 1 ist eine redaktionelle Korrektur.

Zu § 9 Absatz 2

Nach Absatz 2 erfolgt bis einschließlich 31. Dezember 2024 die Übermittlung nach § 6 Absatz 2 Satz 5/6 und die Eingangsbestätigungen nach § 6 Absatz 2 Satz 3 und 6/7 nur in schriftlicher Form. Durch die Entwicklung der neuen Spezifikation stehen entsprechend angepasste Softwareprodukte zur elektronischen Übermittlung in maschinenlesbarer Form nicht sofort nach Inkrafttreten des Beschlusses zur Verfügung. Daher soll übergangsweise nur die schriftliche Übermittlung ohne Nutzung der Spezifikation Anwendung finden

Zum Anhang

Wie bereits zu § 5 Absatz 6 erläutert, werden in diesem Anhang gemäß § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V in der Fassung des GVWG die dem G-BA von den von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen kalenderjährlich zu übermittelnden einrichtungsbezogenen Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen sowie deren Erforderlichkeit für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung tabellarisch konkret festgelegt. In diesem Zusammenhang gilt es auch auf gesetzlichen Vorgaben zur kontinuierlichen Überprüfung der Evidenz gemäß § 136b Absatz 3 Satz 1 SGB V, zur zeitnahen Evaluation der Auswirkungen gemäß § 136b Absatz 3 Satz 4 SGB V, zur Bewertung ihrer Wirksamkeit gemäß § 136d SGB V sowie zur Darstellung der Umsetzung der Mm-R im Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) gemäß § 136b Absatz 6 SGB V, die der Information der Öffentlichkeit dient, hinzuweisen. Das Erfordernis der Übermittlung der einzelnen Informationsfelder im Anhang ergibt sich aus dem Bestreben, Transparenz über die Einhaltung, den Umsetzungsgrad und die Wirksamkeit der Mm-R herzustellen, um das tatsächliche Versorgungsgeschehen beobachten und evaluieren sowie möglichen Anpassungs- oder Weiterentwicklungsbedarf identifizieren zu können. Für die Beobachtung und Evaluation der Mm-R, für ihre Weiterentwicklung und für die Information der Öffentlichkeit ist es insoweit wichtig, konkret zu erfahren, welche Leistungsmengen tatsächlich an dem Standort erreicht wurden und auf welcher Grundlage die Krankenhäuser mindestmengenrelevante Leistungen erbringen.

Im Einzelnen:

Zu Nummer 1 des Anhangs

Nummer 1 des Anhangs enthält die zu übermittelnden Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen nach § 5 Mm-R (Regelbetrieb). Die Datenfelder 1 bis 9 dienen der Zuordnung der Information zu dem betreffenden Standort, dem Krankenhaus, dem Krankenhausträger, dem Bundesland bzw. der konkreten Mindestmenge. Diese Datenfelder sind erforderlich, um eine Evaluation und eine transparente Darstellung überhaupt erst sinnvoll zu ermöglichen. Die Datenfelder 10 bis 13 dienen der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung und sind aus diesem Grund sowohl für die Evaluation der

Mindestmengenregelungen als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Datenfelder 10 und 11 dienen dem G-BA zudem zur Einschätzung, ob/wie stark eine bestimmte Mindestmenge sich auf die flächendeckende Versorgung tatsächlich auswirkt. Datenfelder 12 und 13 schaffen Klarheit darüber, zu welchem Anteil eine positive oder negative Prognose auf den Leistungszahlen des vorausgegangenen Jahres beruht.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Die Datenfelder 14 bis 16 dienen der Darlegung personeller und/oder struktureller Veränderungen sowie weiterer Umstände zur Prognosedarlegung und sind für Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmenge erforderlich. Die Information ermöglicht im Rahmen der Evaluation die Befragung einer Stichprobe der Häuser, die diese Umstände angegeben haben, um weitere Informationen über die Hintergründe dieser Veränderungen zu erfahren. Zudem kann geprüft werden, ob sich Unterschiede in der Häufigkeit der Angabe dieser Umstände zwischen den Leistungsbereichen ergeben.

Das Datenfeld 14/17 dient zur Abfrage der Ergebnisse der Prognoseprüfungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen und ist sowohl für die Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmengenregelungen als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. So kann geprüft werden, welcher Anteil der Prognosen widerlegt wurde.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Die Datenfelder 15/18 und 16/19 nehmen auf den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 Bezug und dienen der Darlegung, ob die Regelbeispiele nach § 4 Absatz 4 Satz 2 a bzw. nach § 4 Absatz 4 Satz 2 b erfüllt sind. Im Rahmen der Evaluation der Mm-R kann so geprüft werden, inwiefern die Regelbeispiele genutzt werden und in welchen Fällen Prognosen auch ohne Erfüllung der Regelbeispiele widerlegt werden.

Zu Nummer 2 des Anhangs

Nummer 2 des Anhangs enthält die zu übermittelnden Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen nach § 6 Absatz 4 Satz 2 und 3 Mm-R (Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung). Die Datenfelder 1 bis 9 dienen der Zuordnung der Information zu dem betreffenden Standort, dem Krankenhaus, dem Krankenhausträger, dem Bundesland bzw. der konkreten Mindestmenge. Diese Datenfelder sind erforderlich, um eine Evaluation und eine transparente Darstellung überhaupt erst sinnvoll zu ermöglichen. Die Datenfelder 10 und 11 dienen der Darstellung der Mitteilung über den beabsichtigten Beginn sowie des beabsichtigten Datums des Beginns einer Leistungserbringung und sind für Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung und für die Information der Öffentlichkeit über den Zeitraum der Leistungsberechtigung erforderlich. Hiermit kann z. B. evaluiert werden, wie häufig Leistungserbringer je Leistungsbereich neu mit der Versorgung beginnen wollen und somit wie viel Fluktuation in diesem Leistungsbereich besteht. Die Datenfelder 12 und 13 dienen der Darstellung der Mitteilung der Leistungsberechtigung für die ersten zwölf Monate sowie des Datums der ersten Leistungserbringung und sind sowohl für die Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmengenregelungen als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Hiermit kann bspw. evaluiert werden, wie häufig Krankenhäuser den beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung ankündigen, dann jedoch nicht leisten.

Die Datenfelder 14 und 15 dienen der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung für die Monate 13 bis 24 ab Beginn der Leistungserbringung und sind sowohl für Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmengenregelungen als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Hiermit kann bspw. dargestellt werden, welche Leistungszahlen Neu- und Wiedererbringer im ersten Jahr der Leistungserbringung im Vergleich zu Krankenhäusern im Regelbetrieb erbringen. Die Datenfelder 16 und 17 dienen der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung für das restliche laufende Kalenderjahr und sind sowohl für die Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmengenregelungen als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Es kann evaluiert werden, welcher Anteil der Krankenhäuser, die mit der Leistungserbringung neu oder erneut begonnen haben, diese auch nach dem zweiten Jahr fortsetzen können.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Die Datenfelder 18 bis 20 dienen in Ergänzung zum Datenfeld 17 der Darlegung personeller und/oder struktureller Veränderungen sowie weiterer Umstände zur Prognosedarlegung und sind für Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmenge erforderlich. Die Information ermöglicht im Rahmen der Evaluation die Befragung einer Stichprobe der Häuser, die diese Umstände angegeben haben, um weitere Informationen über die Hintergründe dieser Veränderungen zu erfahren. Zudem kann geprüft werden, ob sich Unterschiede in der Häufigkeit der Angabe dieser Umstände zwischen den Leistungsbereichen ergeben.

Das Datenfeld 18/21 dient der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung für das folgende Kalenderjahr, wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Juli bis Dezember erfolgte, und ist aus diesem Grund sowohl für Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmengenregelungen als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Es kann evaluiert werden, welcher Anteil der Krankenhäuser, die mit der Leistungserbringung neu oder erneut begonnen haben, diese auch nach dem zweiten Jahr fortsetzen können.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Für die Datenfelder 22 bis 24 wird auf die Ausführungen zu den Datenfeldern 18 bis 20 verwiesen.

Die Datenfelder 19/25 bis 21/27 dienen der Darstellung der Grundlage der Leistungsberechtigung für das folgende Kalenderjahr, wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte, und sind aus diesem Grund sowohl für Evaluation und Weiterentwicklung der Mindestmengenregelungen als auch für die Information der Öffentlichkeit erforderlich. Es kann evaluiert werden, welcher Anteil der Krankenhäuser, die mit der Leistungserbringung neu oder erneut begonnen haben, diese auch nach dem zweiten Jahr fortsetzen können.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Für die Datenfelder 28 bis 30 wird auf die Ausführungen zu den Datenfeldern 18 bis 20 verwiesen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 6 Absatz 2 Satz 5/6 entsteht mit Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über das Erbringen einer Leistung nach § 6 Absatz 2 Satz 2 Buchstabe b eine neue Informationspflicht. Da es sich hierbei um eine einfache Mitteilung handelt, welche nur von wenigen Krankenhäusern im Rahmen der

erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung abzugeben ist, sind die daraus resultierenden zusätzlichen Bürokratiekosten marginal. Daher wird an dieser Stelle auf eine Quantifizierung der Bürokratiekosten verzichtet.

4. **Verfahrensablauf**

Die zuständige AG des G-BA hat am 22. November 2022 die Beratungen über die Festlegung von Informationen zu Prognoseprüfungen und weitere Änderungen der Mm-R aufgenommen und das Thema fachlich in seinen Sitzungen am 18. Januar 2023, 12. April 2023, 24. Mai 2023, 18. Juli 2023, 16. August 2023, 29. August 2023, 20. September 2023, 6. Oktober 2023 und 25. Oktober 2023 beraten.

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am 1. November 2023 und 6. Dezember 2023 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 21. Dezember 2023 die Beschlussfassung empfohlen.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mm-R Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind (vgl. **Anlage 1**).

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 1. November 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat bis zum Ablauf der zweiwöchigen Stellungnahmefrist am T. Monat JJJJ keine Stellungnahme abgegeben.

5. **Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Mindestmengenregelungen zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung trägt/tragen den Beschluss nicht mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten Bedenken/keine Bedenken.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Fließtext Mm-R (derzeit geltende Fassung mit im Änderungsmodus dargestellten Änderungsvorschlägen)

Stand: 01.11.2023

Grau hinterlegt: von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

§ 1 Rechtsgrundlagen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten einen Katalog planbarer Leistungen zu beschließen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses.

(2) Gemäß § 136b Absatz 5 Satz 5 SGB V hat der G-BA in den Mindestmengenregelungen das Nähere zur Darlegung der Prognose zu regeln, die der Krankenhausträger nach § 136b Absatz 5 Satz 3 SGB V für die Zulässigkeit der Leistungserbringung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für Krankenhausstandorte in ihrer Zuständigkeit jährlich darlegen muss.

(3) Gemäß § 136b Absatz 3 Satz 3 SGB V soll der G-BA bei den Mindestmengenfestlegungen Übergangsregelungen sowie Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen vorsehen.

(4) Gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 zweiter Halbsatz SGB V legt der G-BA Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose fest.

(5) Gemäß § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V werden die einrichtungsbezogenen Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen festgelegt, welche die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dem G-BA für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung zu übermitteln haben.

§ 2 Anwendungsbereich

(1) ¹Die Mindestmengenregelungen sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. ²Die Mindestmengen sind in der nach Leistungsbereichen gegliederten Anlage zu diesen Regelungen bestimmt und gelten grundsätzlich je Standort eines Krankenhauses gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V für den jeweils zugeordneten Katalog planbarer Leistungen.

(2) Übergangsregelungen und Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen sind in den §§ 6, 7 und 9 festgelegt.

(3) Sofern leistungsspezifisch abweichende oder ergänzende Regelungen zu Bezugspunkten, Übergangsregelungen oder Regelungen für die erstmalige und für die auf eine

Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen oder anderen Mindestmengenregelungen gelten, sind diese in der Anlage zu diesen Regelungen festgelegt.

§ 3 Ermittlung der erbrachten Leistungsmenge

(1) Die zu ermittelnden Leistungsmengen entsprechen der Summe der im Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 sowie der Summe der im Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 durch das Krankenhaus je Mindestmenge erbrachten Leistungen nach Absatz 2 einschließlich Notfallbehandlungen.

(2) ¹Für die Berechnung der Leistungsmenge nach Absatz 1 sind diejenigen erbrachten Leistungen zu berücksichtigen, die in der Anlage zu diesen Regelungen nach

- a) Diagnosen oder
- b) Prozeduren oder
- c) anderen ausgewählten Merkmalen aus der Datensatzbeschreibung gemäß § 301 SGB V oder
- d) einer Kombination aus denselben

in dem Katalog planbarer Leistungen des jeweiligen Leistungsbereichs bestimmt sind. ²Dies gilt grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten und ist insbesondere unabhängig von dem für die erbrachte Leistung zuständigen Kostenträger, dem Versicherungsträger, den bestehenden Versicherungsverhältnissen der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig von bestehenden Verträgen zwischen dem Träger des Krankenhauses und der die Leistung erbringenden Ärztin oder dem die Leistung erbringenden Arzt.

(3) Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Erfassung der erbrachten Leistungen nach Absatz 2 und deren Erhebung für den einzelnen Standort hat der Träger des Krankenhauses eine im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelte und vom G-BA beschlossene Softwarespezifikation für die Krankenhausstandorte zu verwenden.

(4) Für die zeitliche Zuordnung der erbrachten Leistungen zur Ermittlung der Leistungsmenge nach Absatz 1 ist der Tag der stationären Aufnahme der Patientin oder des Patienten maßgeblich, für operative Leistungen der Tag, an dem die Operation durchgeführt wurde.

(5) Operative Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen, die in einer Sitzung beidseitig durchgeführt werden, sind als jeweils einzelne Leistung nach Absatz 1 anrechenbar, auch wenn sie für Abrechnungszwecke mit nur einem Prozedurenschlüssel für einen beidseitigen Eingriff kodiert werden müssen.

(6) Operative Eingriffe, die nicht wie vorgesehen vollendet oder unterbrochen wurden, gelten nur dann im Sinne von Absatz 1 als erbracht, wenn diese gemäß der jeweils aktuellen Fassung der zwischen den Vertragspartnern nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinien mit einem Prozedurenschlüssel gemäß Absatz 2 zu kodieren sind.

(7) ¹Sofern mindestmengenspezifische Besonderheiten zur Berechnung der Leistungsmenge nach Absatz 1 gelten, sind diese in der Anlage zu diesen Regelungen

bestimmt. ²Dies gilt auch für die Zählweise bei operativen Eingriffen nach Absatz 5, die Zählweise arztbezogener Mindestmengen sowie die Zählweise bei Lehrassistenzen.

§ 4 Berechtigung zur Leistungserbringung

(1) ¹Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung gemäß § 136b Absatz 5 Satz 3 SGB V muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die in der Anlage festgelegte Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). ²Eine berechtigte mengenmäßige Erwartung liegt gemäß § 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat.

(2) ¹Der gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darzulegenden Prognose sind die im Katalog planbarer Leistungen jeweils spezifisch bestimmten Leistungen zu Grunde zu legen. ²Die voraussichtliche Leistungsentwicklung nach Absatz 1 ist vom Krankenhausträger unter Berücksichtigung

1. der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 des vorausgegangenen Kalenderjahres,
2. der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 in den letzten zwei Quartalen des vorausgegangenen Kalenderjahres und den ersten zwei Quartalen des laufenden Kalenderjahres,
3. personeller Veränderungen und
4. struktureller Veränderungen zu begründen.

³Der Krankenhausträger kann weitere Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung heranziehen. ⁴Ein weiterer Umstand nach Satz 3 ist auch die COVID-19-Pandemie; § 4 Absatz 3 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Personelle, strukturelle und gegebenenfalls weitere Veränderungen, die das Erreichen der Mindestmengenanzahl in den in Absatz 2 in Nummer 1 und 2 genannten Zeiträumen verhindert haben, können kein weiteres Mal in Folge als alleiniger Umstand zur Begründung der Prognose herangezogen werden.

(4) ¹Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen müssen für Krankenhausstandorte in ihrer Zuständigkeit ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023 bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V durch Bescheid widerlegen (Entscheidung). ²Begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose liegen in der Regel vor, wenn beispielsweise

- a) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht wurde und auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.
- b) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht wurde, sich die vom Krankenhausträger getroffene Prognose ausschließlich auf die erreichte Leistungsmenge im Zeitraum gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 stützt und unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß

Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 und 4 und Satz 3 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

³Die Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel nach Satz 2 finden ab den Prognosen für das Kalenderjahr 2024 Anwendung.

(5) ¹Wird die Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht und sind gemäß § 136b Absatz 3 Satz 3 SGB V keine festgelegten Übergangsregelungen oder Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung nach § 6 erfüllt, dürfen gemäß § 136b Absatz 5 Satz 1 SGB V entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. ²Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht gemäß § 136b Absatz 5 Satz 2 SGB V kein Vergütungsanspruch zu. ³Satz 2 gilt nicht, wenn diese Leistung im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

§ 5 Form und Frist der Darlegung der Prognose und Mitteilungspflichten

(1) ¹Die Prognose des Krankenhausträgers ist den für den jeweiligen Standort zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß Absatz 2 und 3 bis spätestens zum 7. August des laufenden Kalenderjahres zu übermitteln. ²Als Adressaten für die schriftliche Übermittlung werden die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die zuständigen Ersatzkassen nach Satz 1 werden in einem Verzeichnis geführt, das der GKV-Spitzenverband jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres auf seiner Internetseite veröffentlicht. ³Das Verzeichnis nach Satz 2 enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen. ⁴Das IQTIG führt ein Verzeichnis der Datenannahmestellen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, welches für die elektronische Übermittlung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation verwendet wird. ⁵Das Verzeichnis nach Satz 4 enthält die Bezeichnungen der Kassenarten, die Datenannahmestellen mit Namen, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse für allgemeine Kontaktaufnahmen bezogen auf die elektronische Datenübermittlung, die Zuordnung des regionalen Zuständigkeitsbereichs der Datenannahmestellen je Landesverband der Krankenkassen oder Ersatzkassen, das Institutskennzeichen (jeweils logisch und physikalisch) sowie die zur Datenübermittlung verbindlich zu verwendenden E-Mail-Adressen für die Datenannahme.

(2) Vom Krankenhausträger sind folgende Angaben standortbezogen zu übermitteln:

- a) Name, Adresse und Standortnummer des Krankenhausstandorts gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V,
- b) die Leistung aus dem Katalog planbarer Leistungen, für die die Prognose erfolgt,
- c) die jeweiligen Leistungsmengen nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 sowie Nummer 2,
- d) aussagekräftige Belege wie *beispielsweise* Nachweise zu Arbeitsverhältnissen und Qualifikationen von eingestelltem Personal, Dokumentationen von Baumaßnahmen, sofern zur Prognose die Kriterien nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 und 4 sowie Umstände nach § 4 Absatz 2 Satz 3 herangezogen werden.

(3) ¹Die Angaben nach Absatz 2 Buchstabe a bis c sind elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation zu übermitteln. ²Die Belege nach Absatz 2 Buchstabe d können schriftlich oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf

Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation übermittelt werden. ³Personenbezogene Daten sind vom Krankenhausträger vor der Übermittlung zu pseudonymisieren.

GKV-SV/PatV	DKG
[keine Übernahme]	<u>⁴Soweit eine elektronische Übermittlung nach Satz 1 nicht möglich ist, kann die Übermittlung nach Satz 1 auch schriftlich erfolgen.</u>

(4)

GKV-SV	DKG
Der Eingang der Prognosedarlegung wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt.	<u>¹Der Eingang einer schriftlichen Prognosedarlegung wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich innerhalb einer Woche oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt. ²Der Eingang einer elektronischen Prognosedarlegung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation wird innerhalb eines Arbeitstages von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt.</u>

(5) ¹Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen prüfen die Prognose und teilen dem Krankenhausträger bis zum 7. Oktober des laufenden Kalenderjahres das Ergebnis der Prüfung mit. ²Bestehen begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Prognose, ist die Prognose gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 SGB V durch Bescheid zu widerlegen. ³Bestehen solche Zweifel nicht, wird der Krankenhausträger hierüber schriftlich oder elektronisch auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation informiert.

(6) ¹Die ~~von den zuständigen~~ Landesverbänden der Krankenkassen und ~~die~~ Ersatzkassen ~~informieren~~ gemäß § 136b Absatz 5 Satz 7 SGB V dem G-BA kalenderjährlich zu übermittelnden einrichtungsbezogenen Informationen sowie deren Erforderlichkeit für Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung werden im Anhang zu diesen Regelungen festgelegt. ²Die im Anhang festgelegten Informationen sind dem G-BA [ab dem Kalenderjahr 20XX] jeweils bis zum 15. November des laufenden Kalenderjahres in einheitlicher, maschinenlesbarer Form zu übermitteln, soweit sie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis einschließlich 8. Oktober bekannt geworden sind.

GKV-SV/PatV	DKG
<u>³Zur Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Nr. 3 SGB V sind die Daten gemäß Anhang der Mm-R vom G-BA oder einer von ihm beauftragten Stelle standortbezogen so aufzubereiten, dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) an die Annahmestelle übermittelt werden können. ⁴Details zum Datenformat und zu den Liefermodalitäten regelt die Qb-R.</u>	[keine Übernahme]

^{3/5}Der G-BA informiert die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognose ~~die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den G-BA standortbezogen über das~~

~~Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen. ²Der G-BA legt dazu ein einheitliches Berichtsformat fest.~~

(7) Für die Aufgaben nach den Absätzen 5 und 6 stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem einzelnen Krankenhausträger und gegenüber den Berichtempfängern nach Absatz 6 auf Landesebene gemäß § 136b Absatz 5 Satz 9 SGB V ein gemeinsames und einheitliches Handeln sicher.

§ 6 Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung

(1) Die erstmalige Erbringung einer Leistung aus dem Katalog planbarer Leistungen oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung darf nur erfolgen, wenn die Vorgaben gemäß Absatz 2 Satz 1 bis 2 sowie Satz 4/5 und Absatz 3 bis 5 vom Krankenhaus erfüllt sind.

(2) ¹Der Krankenhausträger hat vorab die beabsichtigte Erbringung einer Leistung nach Absatz 1 den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich gemäß dem Verzeichnis nach § 5 Absatz 1 Satz 2 und 3 oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation mitzuteilen.

²Vom Krankenhausträger sind folgende Angaben standortbezogen zu übermitteln:

- a) Name, Adresse und Standortnummer des Krankenhausstandorts gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V,
- b) die Leistung aus dem Katalog planbarer Leistungen, deren Erbringung beabsichtigt wird und
- c) der beabsichtigte Beginn der Leistungserbringung.

3

GKV-SV	DKG (Folgedissens zu § 5 Abs. 4 Mm-R)
Der Eingang der Mitteilung nach Satz 1 wird innerhalb von drei Wochen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt. ⁴	Der Eingang <u>einer schriftlichen</u> der Mitteilung nach Satz 1 wird innerhalb von drei <u>einer</u> Wochen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt. <u>⁴Der Eingang einer elektronischen Mitteilung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation nach Satz 1 wird innerhalb eines Arbeitstages von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt.</u> ⁵

Das Krankenhaus muss bis spätestens sechs Monaten nach dem gemäß Satz 2 Buchstabe c beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung mindestens eine Leistung nach ~~Absatz 2~~ Satz 2 Buchstabe b erbringen. ^{5/6}Nach Ablauf dieser Frist übermittelt der Krankenhausträger den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entsprechend Satz 1 unverzüglich das Datum der ersten Leistungserbringung oder die Information, dass innerhalb der Frist keine Leistung erbracht wurde. ^{6/7}Satz 3 [GKV-SV: gilt; DKG: und 4 gelten] entsprechend.

(3) ¹Mit der ersten gemäß Absatz 2 Satz 4 erbrachten Leistung beginnt ein Zeitraum von zwölf Monaten, in dem das Krankenhaus zur Leistungserbringung berechtigt ist. ²Das Krankenhaus hat in diesen zwölf Monaten mindestens 50 Prozent der in den Monaten 13 bis 24 ab erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung geltenden Mindestmenge zu erfüllen. ³Erstreckt sich der Zeitraum der Monate 13 bis 24 über zwei Kalenderjahre, in denen unterschiedliche Mindestmengen gelten, bemisst sich die in Summe mindestens zu 50 Prozent zu erfüllende Mindestmenge nach Satz 2 anteilig nach der Anzahl der Monate und der geltenden Mindestmengen in dem jeweiligen Kalenderjahr. ⁴Die Ermittlung der Leistungsmenge nach Satz 2 oder 3 beginnt zum 1. des Monats, in dem die betreffende Leistung das erste Mal erbracht wurde. ⁵Der Krankenhausträger übermittelt schriftlich gemäß dem Verzeichnis nach § 5 Absatz 1 Satz 2 und Satz 3 oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation die Leistungsmenge nach Satz 2 oder Satz 3 bis spätestens zum 15. des auf die ersten zwölf Monate folgenden Monats an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

GKV-SV	DKG (Folgedissens zu § 5 Abs. 4 Mm-R)
<p>⁶Der Eingang wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation innerhalb von drei Wochen bestätigt.</p>	<p>⁶Der Eingang <u>einer schriftlichen Mitteilung</u> wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation innerhalb von drei <u>einer Woche</u> bestätigt. <u>⁷Der Eingang einer elektronischen Mitteilung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation wird innerhalb eines Arbeitstages von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation bestätigt.</u></p>

(4) ¹Erfüllt der Krankenhausstandort nachweislich die nach Absatz 3 Satz 2 oder 3 geforderte Leistungsmenge, besteht für den unmittelbar folgenden ~~12-zwölf~~monatigen Zeitraum (Monate 13 bis 24) die Berechtigung zur Leistungserbringung fort; andernfalls endet die Leistungsberechtigung. ²Der Krankenhausträger muss zum 15. des auf den Zeitraum nach Satz 1 folgenden Monats eine Prognose gemäß § 4 Absatz 2 bis 4 und § 5 Absatz 2 und 3 für das restliche laufende Kalenderjahr abgeben und darlegen, dass die in der Anlage für das laufende Kalenderjahr festgelegte Mindestmenge aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird. ³Sofern die Leistung erstmalig oder erneut in den Monaten Juli bis Dezember erbracht wurde, muss der Krankenhausträger zum 15. des auf den Zeitraum nach Satz 1 folgenden Monats eine zusätzliche Prognose gemäß § 4 Absatz 2 bis 4 und § 5 Absatz 2 und 3 für das nächste Kalenderjahr abgeben und darlegen, dass die in der Anlage für das nächste Kalenderjahr festgelegte Mindestmenge aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird. ⁴Abweichend von § 4 Absatz 2 Nummer 1 und 2 wird den Prognosen gemäß Satz 2 und 3 der Zeitraum nach Satz 1 zugrunde gelegt.

(5) ¹Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen prüfen die Prognosen nach Absatz 4 Satz 2 und nach Absatz 4 Satz 3 und teilen dem Krankenhausträger innerhalb von sechs Wochen, spätestens bis zum 31. Dezember des laufenden Jahres das Ergebnis der Prüfung mit. ²Bestehen begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Prognose, ist die Prognose gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 SGB V durch Bescheid zu widerlegen.

³Bestehen solche Zweifel nicht, wird der Krankenhausträger hierüber schriftlich oder elektronisch auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation informiert.

(6) Ist eine Prognose nach Absatz 4 Satz 2 in den Monaten Januar bis Juli dargelegt worden hat der Krankenhausträger anschließend die Prognose für das nächste Kalenderjahr nach Maßgabe der §§ 4 und 5 erstmals bis spätestens zum nächsten 7. August zu übermitteln.

§ 7 Übergangsregelungen

GKV-SV	DKG
¹Bei Aufnahme Festlegung neuer Mindestmengen in die Anlage oder Änderungen von in der Anlage bei Erhöhungen bereits bestehender festgelegten Mindestmengen oder bei Einführung des Arztbezugs bereits bestehender Mindestmengen bestehen für Krankenhäuser Übergangsfristen von in der Regel 12, jedoch maximal von 24 Monaten, in welchen die neue Mindestmenge noch nicht in voller Höhe erfüllt werden muss. ²Die Höhe der Leistungsmenge, welche ersatzweise während der Übergangsfrist mindestens erfüllt werden muss, und die leistungsbezogen festgelegte Dauer der Übergangsfrist werden leistungsbereichsspezifische Übergangsregelungen für Krankenhäuser in der Anlage bestimmt die Anlage.	¹ Bei Festlegung neuer Mindestmengen oder , bei Erhöhungen bereits bestehender Mindestmengen oder , bei Einführung des Arztbezugs, <u>bei Änderung der Zählweise zur Berechnung der Leistungsmenge oder bei der Änderung der für die Berechnung der Leistungsmenge zu berücksichtigenden erbrachten Leistungen</u> bereits bestehender Mindestmengen bestehen für Krankenhäuser Übergangsfristen von in der Regel <u>12, jedoch maximal von 24 Monaten</u> , in welchen die neue Mindestmenge noch nicht in voller Höhe erfüllt werden muss. ² <u>Nach einer Übergangsfrist von 24 Monaten können stufenweise Erhöhungen der Mindestmenge festgelegt werden.</u> ³ Die Höhe der <u>übergangsweise geltenden Leistungsmenge Mindestmenge</u> , welche ersatzweise während der Übergangsfrist mindestens erfüllt werden muss, und die leistungsbezogen festgelegte Dauer der Übergangsfrist bestimmt die Anlage.

GKV-SV	DKG
²Das in der Übergangsregelung der Anlage festgelegte Jahr der Geltung einer neuen, veränderten oder übergangsweise festgelegten Mindestmenge ist dabei das Jahr, ab dem die entsprechende Leistung gemäß § 136b Abs. 5 Satz 1 SGB V nicht mehr bewirkt werden darf.	<i>[keine Übernahme]</i>

§ 8 Veröffentlichung und Transparenz

Die Umsetzung der Mindestmengenregelungen ist im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.

§ 9 Übergangsbestimmungen bei Inkrafttreten

(1) Abweichend von § 6 find~~eten~~ für Krankenhäuser, die vor dem 22. Januar 2022 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Beginn einer

Leistungserbringung gemäß § 6 Absatz 1 mitgeteilt haben, ~~findet~~ § 7 in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz. S. 5389), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 17. Juni 2021 (BAnz AT 28.07.2021 B5) geändert worden ist, weiter Anwendung.

- (2) Bis einschließlich 31. Dezember 2024 erfolgen die Übermittlung nach § 6 Absatz 2 Satz 5/6 und die Eingangsbestätigungen nach § 6 Absatz 2 Satz 3 und 6/7 nur in schriftlicher Form.

*[Hinweis: **Anlage** (Mindestmengenkatalog) nicht dargestellt, da hierzu keine Änderungen vorgeschlagen werden]*

Anhang Informationen zur Leistungsberechtigung und den erfolgten Prognoseprüfungen

Gemäß § 5 Absatz 6 Satz 1 Mm-R übermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen je Bundesland folgende Informationen in einheitlicher, maschinenlesbarer Form standortbezogen an den G-BA. Dafür ist eine Excel-Tabelle zu nutzen.

1. Einrichtungsbezogene Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen nach § 5 Mm-R (Regelbetrieb)

	<u>Feldname</u>	<u>Datenfeldbeschreibungen</u>	<u>Datentyp</u>	<u>Zur Zuordnung zur Landesbehörde</u>	<u>Zur Benennung der Leistung</u>	<u>Zur Identifizierung des Krankenhauses</u>	<u>Zur Information der Öffentlichkeit</u>	<u>Zur Weiterentwicklung der Mm-R</u>	<u>Zur Evaluation der Mm-R</u>
1.	<u>Bundesland</u>	<u>Name des Bundeslandes</u>	<u>Auswahlliste:</u> „Baden-Württemberg“, „Bayern“, „Berlin“, „Brandenburg“, „Bremen“, „Hamburg“, „Hessen“, „Mecklenburg-Vorpommern“, „Niedersachsen“, „Nordrhein-Westfalen“, „Rheinland-Pfalz“, „Saarland“, „Sachsen“, „Sachsen-Anhalt“, „Schleswig-Holstein“, „Thüringen“	X			X	X	X
2.	<u>Mindestmengenleistung</u>	<u>Leistung gemäß Anlage 1</u>	<u>Auswahlliste:</u> „Lebertransplantation“, „Nierentransplantation“, „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“, „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas“, „Allogene Stammzelltransplantation“, „Kniegelenk-Totalendoprothesen“, „Früh- und Reifgeborene < 1.250 g“, „Mamma-Ca-Chirurgie“, „Thoraxchirurgie bei Lungen-Ca“, „Herztransplantation“		X		X	X	X
3.	<u>Name des Krankenhausstandortes</u>	<u>Standort, an dem die Leistung erbracht wird</u>	<u>Textfeld</u>			X	X	X	X

4.	<u>Institutionskennzeichen (IK)</u>	<u>neunstelliges Kennzeichen gem. dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V</u>	<u>Zahl</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
5.	<u>Standort-ID</u>	<u>sechsstellige Nummer gem. dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V</u>	<u>Zahl</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
6.	<u>Ort</u>	<u>Ort des Krankenhausstandortes</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
7.	<u>PLZ</u>	<u>Postleitzahl des Krankenhausstandortes</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
8.	<u>Straße und Hausnummer</u>	<u>Straße und Hausnummer des Krankenhausstandortes</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
9.	<u>Krankenhausträger</u>	<u>Name des Krankenhausträgers</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
10.	<u>Einvernehmen zur Ausnahme der Landesbehörde nach § 136b Absatz 5a SGB V angefragt</u>	<u>Wurden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen für diesen Krankenhausstandort um die Erteilung des Einvernehmens</u>	<u>Auswahlliste: „Nein“, „Ja ohne Abgabe einer Prognose“, „Ja mit Abgabe einer Prognose und Widerlegung“</u>				<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

		zu einer Entscheidung der Landesbehörde über die Nichtanwendung des § 136b Absatzes 5 Satz 1 und 2 SGB V für diese Mindestmengenleistung (Datenfeld Nr. 2) gebeten?							
11.	<u>Einvernehmen zur Ausnahme nach § 136b Absatz 5a erteilt?</u>	<u>Wenn Information zum Stichtag bekannt.</u>	<u>Auswahlliste: „Nein“, „Ja ohne Abgabe einer Prognose“, „Ja mit Abgabe einer Prognose und Widerlegung“, „Information liegt nicht vor“</u>				X	X	X
12.	<u>Leistungsmenge A</u>	<u>Die Leistungsmenge des der Prognose vorausgegangenen Kalenderjahres gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 Mm-R</u>	<u>Zahl</u>				X	X	X
13.	<u>Leistungsmenge B</u>	<u>Die Leistungsmenge der letzten zwei Quartale des der Prognose vorausgegangenen Kalenderjahres sowie der ersten zwei Quartale des</u>	<u>Zahl</u>				X	X	X

		<u>laufenden</u> <u>Kalenderjahres</u> <u>gemäß § 4 Absatz 2</u> <u>Satz 2 Nr. 2 Mm-R</u>								
GKV-SV	DKG									
<u>[keine</u> <u>Überna</u> <u>hme]</u>	<u>14.</u>	<u>Personelle</u> <u>Veränderungen</u> <u>dargelegt</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr.</u> <u>3 Mm-R</u>	<u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „Nein“</u>					<u>X</u>	<u>X</u>
	<u>15.</u>	<u>Strukturelle</u> <u>Veränderungen</u> <u>dargelegt</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr.</u> <u>4 Mm-R</u>	<u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „Nein“</u>					<u>X</u>	<u>X</u>
	<u>16.</u>	<u>Weitere Umstände</u> <u>dargelegt</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 3</u> <u>Mm-R</u>	<u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „Nein“</u>					<u>X</u>	<u>X</u>
<u>14.</u> <u>17.</u>	<u>Prognose bestätigt</u>	<u>Ergebnisse der</u> <u>Prognoseprüfung</u> <u>nach § 4 und 5 Mm-</u> <u>R. Bei positiver</u> <u>Prognose: Auswahl</u> <u>„Ja“. Bei</u> <u>begründeten</u> <u>erheblichen</u> <u>Zweifeln: Auswahl</u> <u>„Nein“.</u>	<u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „Nein“</u>					<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

GKV-SV	DKG
<p><u>[keine Übernahme]</u></p>	<p><u>18. Regelbeispiel nach § 4 Absatz 4 Satz 2 Buchstabe a bei Widerlegung der Prognose erfüllt</u></p> <p><u>Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 nicht erreicht und widersprechen auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose?</u></p> <p><u>(nur auszufüllen, wenn in Zeile 14/17 „Nein“)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u></p>
	<p><u>19. Regelbeispiel nach § 4 Absatz 4 Satz 2 Buchstabe b bei Widerlegung der Prognose erfüllt</u></p> <p><u>Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 nicht erreicht wurde, stützt sich die vom Krankenhausträger getroffene</u></p> <p><u>(nur auszufüllen, wenn in Zeile 14/17 „Nein“)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u></p>

			<p><u>Prognose ausschließlich auf die erreichte Leistungsmenge im Zeitraum gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 und widersprechen unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 und Satz 3 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose?</u></p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Einrichtungsbezogene Informationen der Leistungserbringung und erfolgten Prognoseprüfungen nach § 6 Mm-R (Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung)

<u>Feldname</u>	<u>Datenfeldbeschreibungen</u>	<u>Datentyp</u>	<u>Zur Zuordnung zur Landesbehörde</u>	<u>Zur Benennung der Leistung</u>	<u>Zur Identifizierung des Krankenhauses</u>	<u>Zur Information der Öffentlichkeit</u>	<u>Zur Weitentwicklung der Mm-R</u>	<u>Zur Evaluation der Mm-R</u>

1.	<u>Bundesland</u>	<u>Name des Bundeslandes</u>	<u>Auswahlliste:</u> „Baden-Württemberg“, „Bayern“, „Berlin“, „Brandenburg“, „Bremen“, „Hamburg“, „Hessen“, „Mecklenburg-Vorpommern“, „Niedersachsen“, „Nordrhein-Westfalen“, „Rheinland-Pfalz“, „Saarland“, „Sachsen“, „Sachsen-Anhalt“, „Schleswig-Holstein“, „Thüringen“	<u>X</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
2.	<u>Mindestmengenleistung</u>	<u>Leistung gemäß Anlage 1</u>	<u>Auswahlliste:</u> „Lebertransplantation“, „Nierentransplantation“, „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“, „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas“, „Allogene Stammzelltransplantation“, „Kniegelenk-Totalendoprothesen“, „Früh- und Reifgeborene < 1.250 g“, „Mamma-Ca-Chirurgie“, „Thoraxchirurgie bei Lungen-Ca“, „Herztransplantation“		<u>X</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
3.	<u>Name des Krankenhausstandortes</u>	<u>Standort, an dem die Leistung erbracht wird</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
4.	<u>Institutionskennzeichen (IK)</u>	<u>neunstelliges Kennzeichen gem. dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V</u>	<u>Zahl</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
5.	<u>Standort-ID</u>	<u>sechsstellige Nummer gem. dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V</u>	<u>Zahl</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
6.	<u>Ort</u>	<u>Ort des Krankenhausstandortes</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

7.	<u>PLZ</u>	<u>Postleitzahl des Krankenhausstandortes</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
8.	<u>Straße und Hausnummer</u>	<u>Straße und Hausnummer des Krankenhausstandortes</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
9.	<u>Krankenhausträger</u>	<u>Name des Krankenhausträgers</u>	<u>Textfeld</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
10.	<u>Mitteilung über den beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung (Stichtag 8. Oktober)</u>	<u>Hat der Krankenhausträger für den betreffenden Standort einen beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Stichtag gemäß § 6 Absatz 2 Mm-R mitgeteilt?</u>	<u>Auswahlliste: „Ja“, „Information liegt nicht vor“</u>				<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
11.	<u>Beabsichtigter Beginn der Leistungserbringung</u>	<u>Tag, Monat und Jahr des beabsichtigten Beginns der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 Satz 2 Buchstabe c Mm-R</u>	<u>(nur, wenn Zeile 10 befüllt wurde) TT/MM/JJJJ</u>				<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

<p><u>12.</u></p>	<p><u>Leistungsberechtigu ng für die ersten zwölf Monate ab Beginn der Leistungserbringung (Stichtag 8. Oktober)</u></p>	<p><u>Leistungsberechtigu ng nach § 6 Absatz 3 Satz 1 Mm-R: Wurde nach Mitteilung des Krankenhausträgers gemäß § 6 Absatz 2 Satz 1 innerhalb der ersten sechs Monate nach dem beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung die erste Leistung erbracht, soweit diese Information in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde</u></p>	<p><u>(nur auszufüllen, wenn diese Information in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde)</u> <u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „keine Leistung innerhalb von sechs Monaten erbracht“,</u> <u>„Information liegt nicht vor“</u></p>				<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>
<p><u>13.</u></p>	<p><u>Datum der ersten Leistungserbringung</u></p>	<p><u>Tag, Monat und Jahr der ersten Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 Satz 5/6 Mm-R, soweit diese erfolgt ist</u></p>	<p><u>(nur auszufüllen, wenn in Zeile 12 „Ja“)</u> <u>TT/MM/JJJJ</u></p>				<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>
<p><u>14.</u></p>	<p><u>Leistungsmenge der ersten zwölf Monate</u></p>	<p><u>Leistungsmenge nach § 6 Absatz 3 Satz 2 oder 3 Mm-R, soweit diese in den</u></p>	<p><u>(nur auszufüllen, wenn diese Information in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde)</u></p>				<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>

		<u>zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.</u>	<u>Zahl</u>						
<u>15.</u>	<u>Leistungsberechtigung für die Monate 13 bis 24 ab Beginn der Leistungserbringung (Stichtag 8. Oktober)</u>	<u>Wenn die Zahl aus Zeile 14 die Bedingungen aus § 6 Absatz 3 Satz 2 oder 3 Mm-R erfüllt, besteht die Leistungsberechtigung gemäß § 6 Absatz 4 Satz 1 Mm-R.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 14 befüllt wurde)</u> <u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „Nein“</u>				<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>16.</u>	<u>Leistungsmenge der Monate 13 bis 24</u>	<u>Leistungsmenge im Zeitraum nach § 6 Absatz 4 Satz 1 Mm-R, soweit diese in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.</u>	<u>(nur auszufüllen, wenn diese Information in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde)</u> <u>Zahl</u>				<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>17.</u>	<u>Prognose für das restliche laufende Kalenderjahr bestätigt (Stichtag 8. Oktober)</u>	<u>Ergebnis der Prüfung der Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R.</u> <u>Bei positiver Prognose: Auswahl „Ja“. Bei begründeten</u>	<u>(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde)</u> <u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „Nein“</u>				<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

		<u>erheblichen Zweifeln: Auswahl „Nein“.</u>								
<u>GKV-SV</u>	<u>DKG</u>									
<u>[keine Übernahme]</u>	<u>18.</u>	<u>Personelle Veränderungen dargelegt</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 17 befüllt wurde)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u>					<u>X</u>	<u>X</u>
	<u>19.</u>	<u>Strukturelle Veränderungen dargelegt</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 17 befüllt wurde)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u>					<u>X</u>	<u>X</u>
	<u>20.</u>	<u>Weitere Umstände dargelegt</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 17 befüllt wurde)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u>					<u>X</u>	<u>X</u>

<p><u>18.</u> <u>21.</u></p>	<p><u>Prognose für das folgende Kalenderjahr bestätigt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Juli bis Dezember erfolgte)</u></p>	<p><u>Ergebnis der Prüfung der Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 3. Bei positiver Prognose: Auswahl „Ja“. Bei begründeten erheblichen Zweifeln: Auswahl „Nein“.</u> <u>Diese Prognose basiert unter anderem auf der Zahl in Zeile 16</u></p>	<p><u>(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Juli bis Dezember enthält)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u></p>				<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>
----------------------------------	--	--	---	--	--	--	-----------------	-----------------	-----------------

<p><u>GKV-SV</u></p>	<p><u>DKG</u></p>									
<p><u>[keine Übername]</u></p>	<p><u>22.</u></p>	<p><u>Personelle Veränderungen dargelegt</u></p>	<p><u>§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.</u></p>	<p><u>(nur, wenn Zeile 21 befüllt wurde)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u></p>					<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>
	<p><u>23.</u></p>	<p><u>Strukturelle Veränderungen dargelegt</u></p>	<p><u>§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag</u></p>	<p><u>(nur, wenn Zeile 21 befüllt wurde)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u></p>					<p><u>X</u></p>	<p><u>X</u></p>

			<u>8. Oktober übermittelt wurde.</u>								
	<u>24.</u>	<u>Weitere Umstände dargelegt</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R, soweit die Zahl in Zeile 16 in den zwölf Monaten vor dem Stichtag 8. Oktober übermittelt wurde.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 21 befüllt wurde)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u>						<u>X</u>	<u>X</u>
<u>19.</u> <u>/</u> <u>25.</u>	<u>Leistungsmenge A (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)</u>	<u>Leistungsmenge im Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält) Zahl</u>					<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
<u>20.</u> <u>/</u> <u>26.</u>	<u>Leistungsmenge B (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)</u>	<u>Leistungsmenge im Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6</u>	<u>(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält) Zahl</u>					<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	

		<u>Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.</u>								
<u>21.</u> <u>27.</u>	<u>Prognose für das folgende Kalenderjahr bestätigt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)</u>	<u>Ergebnis der Prüfung der Prognose nach § 6 Abs. 6. Bei positiver Prognose: Auswahl „Ja“. Bei begründeten erheblichen Zweifeln: Auswahl „Nein“. Diese Prognose basiert unter anderem auf den Zahlen in Zeilen 19/25 und 20/26.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 16 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält)</u> <u>Auswahlliste: „Ja“, „Nein“</u>					<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>GKV-SV</u>	<u>DKG</u>									
<u>[keine Übername]</u>	<u>28.</u>	<u>Personelle Veränderungen dargelegt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 27 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält)</u> <u>Auswahlliste:</u>					<u>X</u>	<u>X</u>

				<u>„Ja“, „Nein“</u>								
<u>29.</u>	<u>Strukturelle Veränderungen dargelegt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 27 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält)</u> <u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „Nein“</u>							X	X	
<u>30.</u>	<u>Weitere Umstände dargelegt (wenn der Beginn der Leistungserbringung in den Monaten Januar bis Juni erfolgte)</u>	<u>§ 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R, soweit in den Monaten Januar bis Juli des laufenden Kalenderjahres eine Prognose nach § 6 Absatz 4 Satz 2 Mm-R dargelegt wurde.</u>	<u>(nur, wenn Zeile 27 befüllt wurde und Zeile 13 einen Monat im Zeitraum Januar bis Juni enthält)</u> <u>Auswahlliste:</u> <u>„Ja“, „Nein“</u>							X	X	



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

nur per E-Mail
qs@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Lenz

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 16.11.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1363

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Änderung Mm-R: Informationen zu Prognoseprüfungen u. a.**

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Starke,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V.

Zum im Betreff genannten Beschlussentwurf über eine Änderung der
Mindestmengenregelungen (Mm-R): Festlegung von Informationen zu Prognoseprüfungen
und weitere Änderungen - gebe ich aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Stellungnahme
ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.