

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Mindestmengenregelung:
Änderungen in §§ 4 und 5 zur Umsetzung des gesetzlichen
Auftrages gemäß § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V sowie weitere
Anpassungen

Vom 16. Juni 2022

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	7
4.	Verfahrensablauf.....	7
5.	Fazit.....	8

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 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

Mit dem vorliegenden Beschluss legt der G-BA auf Grundlage von § 136 Absatz 5 Satz 6 zweiter Halbsatz SGB V in der Fassung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I 2021, Nr. 44, 19.07.2021, S. 2754) in § 4 Absatz 4 Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose fest.

Darüber hinaus wurde neben weiteren Änderungen in § 5 und 6 insbesondere in § 5 Absatz 1 aufgenommen, dass das IQTIG im Sinne von § 3 Absatz 3 ein gesondertes Verzeichnis der Datenannahmestellen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen (nachfolgend: „Kassenverbände“) führt, welches für die elektronische Übermittlung in maschinenlesbarer Form auf Basis der von G-BA beschlossenen Spezifikation verwendet wird. Diese von IQTIG geführten Adressinformationen für die maßgeblichen Datenannahmestellen unterscheiden sich von dem durch den GKV-SV für die schriftliche Übermittlung geführten Verzeichnis.

Ferner wurde in der Anlage der Mm-R die Übergangsregelung der Nummer 4 für die komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene gemäß § 2 Absatz 3 leistungsspezifisch festgelegt, dass im Rahmen einer erstmaligen oder erneuten Erbringung dieser Eingriffe die maßgeblichen Leistungsmengen gemäß § 6 Absatz 3 und die Prognosen nach § 6 Absatz 4 und § 6 Absatz 6 bis einschließlich zum 30 Juni 2023 schriftlich übermittelt werden müssen. Des Weiteren wurde in die Übergangsregelung aufgenommen, dass übergangsweise die anrechenbaren OPS-Kodes aus dem Kalenderjahr 2021 und den ersten zwei Quartalen des Kalenderjahres 2022 noch einzeln als jeweils eine erbrachte Leistung zur Erfüllung der Mindestmenge berechnet werden können.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zu § 1 Absatz 4 Mm-R:

Dem § 1 wird ein neuer Absatz 4 angefügt. Dieser Änderung liegt der mit dem GVWG neu eingeführte § 136 Absatz 5 Satz 6 zweiter Halbsatz SGB V zugrunde, mit dem der G-BA gesetzlich beauftragt wurde, in den Mm-R Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose festzulegen. Nach der Begründung des GVWG sollen diese Regelbeispiele eine einheitliche Widerlegungspraxis der Kassenverbände auf Bundesebene fördern und dergestalt bestimmt werden, dass es den Kassenverbänden möglich bleiben soll, Prognosen auch wegen anderer Umstände als den vom G-BA festgelegten Regelbeispielen zu widerlegen oder auch in begründeten Einzelfällen bei einem einschlägigen Regelbeispiel von einer Widerlegung abzusehen (vgl. BT-Drs. 19/26822, S. 93).

Zu § 4 Absatz 4 Mm-R:

Mit dieser Änderung wird der in § 1 aufgenommene gesetzliche Regelungsauftrag gemäß § 136 Absatz 5 Satz 6 zweiter Halbsatz SGB V umgesetzt.

Satz 1 gibt zunächst die für diesen Regelungsauftrag des G-BA maßgebliche gesetzliche Verpflichtung der Kassenverbände gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V wieder. Hiernach müssen die Kassenverbände für Krankenhausstandorte in ihrer Zuständigkeit ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023 bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose durch Bescheid widerlegen (Entscheidung). Nach der Begründung zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist Voraussetzung für diese Entscheidung, dass tatsächliche Anhaltspunkte begründeten Anlass zu erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit der getroffenen Prognose geben (vgl. BT-Drs. 18/5372, S. 87).

Mit Satz 2 werden zwei Beispiele bestimmt, wann in der Regel begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose im Sinne von § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V bestehen. Durch das vorangestellte Wort „*beispielsweise*“ wird zum Ausdruck gebracht, dass die nachfolgende Aufzählung von Regelbeispielen nicht abschließend und mit keiner Rangfolge oder Gewichtung verbunden ist. Es bleibt folglich auch dann bei der gesetzlichen Pflicht der Kassenverbände, die getroffene Prognose eines Krankenhausträgers unter den Voraussetzungen des § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V zu widerlegen, wenn auf den konkret zu entscheidenden Einzelfall keiner der von G-BA festgelegten Regelbeispiele Anwendung findet. Durch die weitere allgemeine Voranstellung „*in der Regel*“ in Satz 2 bleiben die Kassenverbände gleichzeitig befugt und verpflichtet, Sonderfällen Rechnung zu tragen, in denen die gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V nicht erfüllt sind, obwohl ein Regelbeispiel des G-BA an sich anwendbar wäre. Maßgeblich bleibt im Ergebnis, ob im konkreten Einzelfall tatsächliche Anhaltspunkte begründeten Anlass zu erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit der getroffenen Prognose im Sinne § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V geben.

Der Satz 2 Buchstabe a) hat das erste mit diesem Beschluss festgelegte Regelbeispiel zum Gegenstand. Hiernach liegen in der Regel begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffen Prognose vor, wenn beispielsweise

- a) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht wurde und
- b) auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

Der tatbestandlichen Ausgestaltung des Regelbeispiels liegen die Kriterien gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 zu Grunde, unter deren Berücksichtigung der Krankenhausträger seine Prognose zu begründen hat. Kommen die Kassenverbände im Rahmen der zu prüfenden Sach- und Rechtslage zu dem Ergebnis, dass das Krankenhaus die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht hat, liegt gemäß § 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V in der Regel keine berechtigte mengenmäßige Erwartung vor. Wenn in diesem Fall auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen, bestehen nach diesem Regelbeispiel begründete erhebliche Zweifel im Sinne von § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V.

Satz 2 Buchstabe b) hat das zweite mit diesem Beschluss festgelegte Regelbeispiel zum Gegenstand. Hiernach liegen in der Regel begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose vor, wenn beispielsweise

- a) die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht wurde,
- b) sich die vom Krankenhausträger getroffene Prognose ausschließlich auf die erreichte Leistungsmenge im Zeitraum gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 stützt und
- c) unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummern 3 und 4 und Satz 3 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

Der tatbestandlichen Ausgestaltung dieses zweiten Regelbeispiels liegen ebenfalls die Kriterien gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 zu Grunde, unter deren Berücksichtigung der Krankenhausträger seine Prognose zu begründen hat. Auch der Ausgangspunkt ist mit dem ersten festgelegten Regelbeispiel identisch, wonach die Kassenverbände im Rahmen der zu prüfenden Sach- und Rechtslage zu dem Ergebnis kommen, dass das Krankenhaus die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht hat und deshalb gemäß § 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V in der Regel keine berechtigte mengenmäßige Erwartung vorliegt. Im Unterschied zum ersten Regelbeispiel erfüllt das Krankenhaus jedoch das Kriterium gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 2, das heißt die maßgebliche Mindestmenge wurde in den letzten zwei Quartalen des vorausgegangenen Kalenderjahres und den ersten zwei Quartalen des laufenden Kalenderjahres erreicht. Nach diesem Regelbeispiel kann dieser Umstand aber jedenfalls dann nichts an dem Ergebnis ändern, dass begründete erhebliche Zweifel im Sinne von § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V vorliegen, wenn unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummern 3 und 4 und Satz 3 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen. In diesem Fall ist die Widerlegung der Mindestmengenprognose aufgrund der gesetzlichen Vorgabe gemäß § 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V gerechtfertigt, wonach die prospektive Leistungsentwicklung des vorausgegangenen Kalenderjahres maßgeblich ist und sein soll. Nach der Begründung zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) soll hierdurch der Anreiz einer Indikationsausweitung im laufenden Jahr zur Erfüllung der maßgeblichen Mindestmenge von vornherein ausgeschlossen werden (vgl. BT-Drs. 18/5372, S. 86 f.). Wurde die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr gemäß § 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V nicht erfüllt, bestehen nach dieser zu berücksichtigenden gesetzlichen Vorgabe folglich begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Prognose auch dann fort, wenn ein Krankenhaus ausschließlich die maßgebliche Mindestmenge im Zeitraum gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 erfüllt hat (umgekehrt kann der Umstand, dass allein die maßgebliche Mindestmenge im Zeitraum gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 nicht erreicht wurde, auch nicht die gesetzliche Regel des § 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V widerlegen, vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 16. Juni 2020, Az. L 16 KR 64/20). Es kommt in diesen Fällen vielmehr auf die weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummern 3 und 4 und Satz 3 an, ob diese in der Gesamtschau mit der im Zeitraum gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 erfüllten Mindestmenge die bestehenden erheblichen Zweifel an der Richtigkeit der getroffenen Prognose beseitigen können. Dies ist jedenfalls dann nicht der Fall, wenn auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

Zu § 4 Absatz 4 Satz 3:

Nach Satz 3 finden die festgelegten Regelbeispiele erst ab den Prognosen für das Kalenderjahr 2024 Anwendung. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass gemäß § 5 Mm-R die Prognosen für das Kalenderjahr 2023 bereits bis spätestens 7. August 2023 erfolgen müssen. Die Verpflichtung der Kassenverbände gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V bereits ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023 bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose durch Bescheid zu widerlegen, bleibt davon unberührt.

Zu § 5 Absatz 1:

Die Adressen der jeweils zuständigen Kassenverbände ergeben sich in Abhängigkeit von der Form der Übermittlung (schriftlich oder elektronisch) aus zwei verschiedenen Verzeichnissen:

Für die **schriftliche Übermittlung** (vgl. § 5 Absatz 3 Satz 2 Alt. 1 und § 6 Absatz 3 Satz 4 Alternative 1 Mm-R) veröffentlicht der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite ein Verzeichnis mit den zuständigen Adressaten. Die in diesem Verzeichnis aufgeführten Adressinformationen sind ausschließlich für schriftliche Übermittlungen zu verwenden. Die angegebenen Telefonnummern oder E-Mail-Adressen sind ausschließlich für ggf. aufkommende Fragen bzw. erforderliche Kommunikationen mit den Kassenverbänden zu den hier geregelten Aufgaben zu nutzen.

Für die **elektronische Übermittlung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation** (vgl. § 5 Absatz 3 Sätze 1 und Satz 2 Alt. 2 Mm-R) haben die Kassenverbände Datenannahmestellen eingerichtet bzw. mit der Datenannahme beauftragt, die i. d. R. vom Verzeichnis nach § 5 Absatz 1 Satz 2 Mm-R **abweichende Adressinformationen** für die Datenannahme verwenden.

Die Adressinformationen der Datenannahmestellen sind nicht für die Verwendung zur schriftlichen Übermittlung durch die Krankenhausträger vorgesehen, weswegen sie auch nicht in dem Verzeichnis nach § 5 Absatz 1 Satz 2 auf der Homepage des GKV-SV enthalten sind. Die E-Mail-Adressen der Datenannahmestellen sind indes von den Software-Herstellern in ihren Produkten zur Umsetzung der Spezifikation des IQTIG als „kassenseitiger Kontakt“ zu hinterlegen. Damit eine reibungslose Umsetzung der Datenübermittlungen sichergestellt und die jeweils korrekten Adressinformationen von den Softwareherstellern in den für die Verwendung durch die Krankenhausträger vorgesehenen Produkten sichergestellt werden kann, führt das IQTIG ein entsprechendes Verzeichnis gemäß § 5 Absatz 1 Satz 4 mit den für die Spezifikation relevanten Kassen-Kontakten (Datenannahmestellen).

Das IQTIG hat sicherzustellen, dass das jeweils mit der Spezifikationsversion mitveröffentlichte Verzeichnis nach § 5 Absatz 1 Satz 4 den aktuellen Stand der Adressinformationen abbildet. Gleichzeitig haben die Kassenverbände bzw. die von ihnen beauftragten Datenannahmestellen sicherzustellen, dass bei Änderungen der Adressinformationen diese dem IQTIG umgehend bekanntgegeben werden.

Zu § 5 Absatz 2 Buchstabe d:

In Bezug auf § 5 Absatz 2 Buchstabe d Mm-R wird an dieser Stelle klarstellend darauf hingewiesen, was beispielhaft ein „aussagekräftiger Beleg“ im Rahmen der Heranziehung von Kriterien nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummern 3 und 4 Mm-R (personelle und strukturelle Veränderungen) oder weiteren Umständen zur Begründung einer berechtigten

mengenmäßigen Erwartung nach § 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R (z. B. COVID-19-Pandemie) sein kann.

Hierunter können Nachweise über neu eingestelltes Personal bzw. Arbeitsverhältnisse, Nachweise über Qualifikationsweiterentwicklungen von eingestelltem Personal, Dokumentationen von Baumaßnahmen zur Erweiterung/Ausbaus des betreffenden Leistungsbereichs fallen.

Aus dem aussagekräftigen Beleg muss sich ergeben, dass eine relevante Veränderung eingetreten ist oder eintreten wird, die eine berechnete mengenmäßige Erwartung im Hinblick auf das voraussichtliche Erreichen der maßgeblichen Mindestmenge im nächsten Kalenderjahr begründet.

Zu § 6 Absatz 2:

Satz 1: Redaktionelle Änderung

Satz 4: Klarstellung, innerhalb welchen Zeitraums die Leistung ab dem gegenüber den Kassenverbänden beabsichtigten Beginn spätestens erbracht werden muss (6 Monate).

Zu § 6 Absatz 3:

Mit Satz 1 wird klargestellt, dass mit der ersten gemäß Absatz 2 Satz 4 erbrachten Leistung ein Zeitraum von zwölf Monaten beginnt, in dem das Krankenhaus zur Leistungserbringung berechtigt ist. Dabei sind alle weiteren in §6 aufgeführten Vorgaben zu beachten wie:

1. Bei erneuter Leistungsaufnahme nach Unterbrechung muss der Tag der letzten Leistungserbringung mindestens 24 Monate zurückliegen.
2. Es erfolgte eine Mitteilung nach Absatz 2 Satz 1 im Vorfeld der Leistungsaufnahme.
3. Die Leistungsaufnahme erfolgt spätestens sechs Monate nach dem gemäß § 6 Absatz 2 Satz 4 Mm-R mitgeteilten beabsichtigten Beginn.

Zu § 6 Absatz 4:

Der angefügte zweite Halbsatz in Satz 1 stellt klar, was sich aus der Gesamtsystematik der Regelung bereits ergibt: Wird die erforderliche Leistungsmenge in den ersten 12 Monaten nicht erreicht, endet die auf diese ersten 12 Monate befristete Leistungsberechtigung.

Zur Anlage Nummer 4:

Die Anpassung der mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 festgelegten Übergangsregelung für die geänderte Mindestmenge der Nummer 4 der Anlage der Mindestmengenregelungen (Mm-R) ist erforderlich, weil

1. eine rechtzeitige technische Umsetzung der Änderungen in der Spezifikation des IQTIG nicht möglich ist und
2. für die Anwendung der geänderten Zählweise eine Rückwirkung des Beschlusses auf Erfassungszeiträume vor Inkrafttreten der neuen Regelung ausgeschlossen werden soll.

Um eine Rückwirkung der geänderten Mm-R für Pankreaseingriffe auf Zeiträume vor Inkrafttreten auszuschließen, soll die alte Zählweise (pro OPS-Kode) weiterhin auch für in 2021 erbrachte Leistungen gelten. Bei der (Regelfall-)Prognose nach § 5 Mm-R wird diese Leistungsmenge (§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Mm-R) zusammen mit der Leistungsmenge nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 Mm-R, die auch Leistungen beinhaltet, die in den ersten zwei Quartalen 2022 erbracht wurden, an die Krankenkassen übermittelt. Aus verfahrenstechnischen Gründen soll hier dieselbe Zählweise durchgehend Anwendung finden. Die Übergangsregelung findet gleichermaßen Anwendung auf die Krankenhäuser, die nach § 6 Mm-R erstmalig oder erneut nach Unterbrechung in die Leistungserbringung einsteigen, auch, wenn für die Ermittlung der Leistungsmengen hier im Einzelnen andere Zeitabschnitte betrachtet werden.

Die spezifikationskonforme elektronische Übermittlung von Leistungsmengen und Prognosen setzt voraus, dass Neuregelungen zu Operationalisierung und Zählweise in der Spezifikation und in den darauf aufbauenden Software-Produkten umgesetzt sind. Der Beschluss vom 16. Dezember 2021 bedingt die Implementation einer Zählweise, die in keiner vorherigen Spezifikationsversion enthalten war.

Mit der Ausweitung der Übergangsfrist (zum Ausschluss einer Rückwirkung) durch die Sätze 1 und 2 wird dieses Problem für Darlegungen von Prognosen nach § 5 Mm-R vollständig gelöst.

Zum Zeitpunkt der nächstfolgenden regulären Prognose nach § 5 Mm-R (1. Juli bis 7. August 2023) sowie dann fällige Übermittlungen von Leistungsmengen oder Prognosen nach § 6 Mm-R werden die angepasste Spezifikation des IQTIG und die darauf aufbauenden Software-Anwendungen zur Verfügung stehen.

Eine über Satz 1 und Satz 2 hinausgehende Übergangsregelung ist indes für Prognosen nach § 6 notwendig:

Zeitlich könnten nach dem 2. Quartal 2022 und vor der Bereitstellung von Software-Produkten, welche die neue Beschlusslage umsetzen, ab dem 1. Juli 2023 Prognosen nach § 6 Absatz 4 oder Absatz 6 fällig werden, die nach der neuen Zählweise erfasst werden müssen, aber noch keine entsprechende Software für eine spezifikationskonforme elektronische Übermittlung zur Verfügung steht. Aus diesem Grund sollen die Prognosen nach § 6 Absatz 4 und Absatz 6 bis zum 30. Juni 2023 schriftlich übermittelt werden.

Mitteilungen nach § 6 Absatz 3 Satz 4 Mm-R können bereits jetzt schriftlich übermittelt werden und bedürfen daher keiner Übergangsregelung nach Satz 3.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Die zuständige AG des G-BA hat am 7. September 2021 die Beratungen zu Änderungen der §§ 4, 5 Mm-R im Hinblick auf § 136b Absatz 5 Satz 6 SGB V aufgenommen und das Thema fachlich in seinen Sitzungen am 7. September 2021, 28. September 2021, 12. Oktober 2021, 20. Oktober 2021, 2. November 2021, 11. Januar 2022, 19. Januar 2022, 27. April 2022 und 11. Mai 2022 beraten. Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am 6. April 2022 und 1. Juni

2022 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 16. Juni 2022 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 6. April 2022 wurde das Stellungnahmeverfahren am 14. April 2022 eingeleitet. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 12. Mai 2022.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat bis zum Ablauf der vierwöchigen Stellungnahmefrist am 12. Mai 2022 keine Stellungnahme abgegeben.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Juni 2022 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.

Berlin, den 16. Juni 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken