

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Ergänzung von § 9 und eines Anhangs 2: Weiterentwicklung auf Grundlage von Sozialdaten

Vom 18. Juni 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2025 beschlossen, die Mindestmengenregelungen (Mm-R) in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz S. 5389), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. Februar 2025 (BAnz AT 24.03.2025 B3) geändert worden sind, wie folgt zu ändern:

I. Nach § 8 wird der folgende § 9 eingefügt:

„§ 9 Weiterentwicklung auf Grundlage von Sozialdaten

(1) Zur Weiterentwicklung von in der Anlage zu diesen Regelungen festgelegten Mindestmengen kann der G-BA das IQTIG gemäß § 137a Absatz 3 Nummer 6 SGB V beauftragen, die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf Grundlage geeigneter Sozialdaten gemäß § 299 Absatz 1a SGB V darzustellen. Die von den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V zu diesem Zwecke zu verarbeitenden Sozialdaten sowie deren Erforderlichkeit werden in Anhang 2 zu diesen Regelungen jeweils mindestmengenspezifisch festgelegt.

(2) Das IQTIG fordert nach erfolgter Beauftragung nach Absatz 1 die für die maßgebliche Mindestmenge in Anhang 2 festgelegten Sozialdaten bei den Krankenkassen an. Die Krankenkassen erstellen aus den nach § 284 SGB V erhobenen und gespeicherten Sozialdaten den angeforderten Datensatz und prüfen ihn. Diesen Datensatz übermitteln die Krankenkassen an die vom G-BA nach Teil 1 § 4 Absatz 6 Satz 1 Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beauftragte Datenannahmestelle (DAS-KK) gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 DeQS-RL.

(3) Die DAS-KK überprüft die von den Krankenkassen übermittelten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit entsprechend der Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 1 Satz 5 bis 7 DeQS-RL, ersetzt die krankenkassenidentifizierenden Daten durch ein Krankenkassenpseudonym und verschlüsselt den Datensatz gemäß Anlage Teil 1 § 3 Absatz 3 Satz 1 DeQS-RL und das Krankenkassenpseudonym gemäß Anlage Teil 1 § 3 Absatz 3 Satz 2 DeQS-RL. Die leistungserbringeridentifizierenden Daten der Krankenhäuser sind weder zu pseudonymisieren noch zu anonymisieren. Die DAS-KK übermittelt den Datensatz zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung vorbehaltlich Satz 4 unmittelbar an das IQTIG. Abweichend von Satz 3 übermittelt die DAS-KK den Datensatz zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung an die Vertrauensstelle gemäß Teil 1 § 11 DeQS-RL, wenn in Anhang 2 für die maßgebliche Mindestmenge die lebenslange Krankenversicherungsnummer der Versicherten gemäß § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V als zu verarbeitendes Sozialdatum festgelegt ist. Die Vertrauensstelle

verarbeitet den Datensatz nach Maßgabe der Anlage zu Teil 1 § 4 sowie Teil 1 § 11 Absatz 3 DeQS-RL und übermittelt ihn an das IQTIG.

(4) Das IQTIG hat die Validität des übermittelten Datensatzes auf Grundlage der pseudonymisierten IK-Nummer der Krankenkassen zu prüfen. Für das Datenvalidierungsverfahren gelten die Vorgaben von Teil 1 § 16 Absatz 3 bis 6 DeQS-RL mit der Maßgabe entsprechend, dass abweichend von Teil 1 § 16 Absatz 6 Satz 9 bis 11 DeQS-RL die statistische Basisprüfung anhand geeigneter Prüfkriterien des IQTIG zu erfolgen hat, die vom IQTIG bundesweit einheitlich anzuwenden sind. Auf Grundlage des validierten Datensatzes erfüllt das IQTIG die Auftragsleistung nach Absatz 2.

(5) Die Datenübermittlung erfolgt durch alle Beteiligten elektronisch und in elektronisch auswertbarer Form. Die Vorgaben von Teil 1 § 13 Absatz 4 Satz 1 in Verbindung mit Anlage zu Teil 1 DeQS-RL gelten entsprechend. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Datenübermittlung ist von allen Beteiligten eine im Auftrag des G-BA vom IQTIG entwickelte und vom G-BA beschlossene Softwarespezifikation zu verwenden, die auch Vorgaben für die anzuwendenden Datensatzformate festlegt.

(6) Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre von der Datenverarbeitung betroffenen Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise zu informieren.

(7) Die Absätze 2 bis 5 verweisen auf die Vorgaben der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt am 19. Dezember 2024 (BAnz AT 01.07.2025 B2) geändert worden ist.“

- II. Der bisherige § 9 wird zu § 10.
- III. Der bisherige Anhang wird zu Anhang 1.
- IV. Nach Anhang 1 wird der folgende Anhang 2 eingefügt:

„Anhang 2
(zu § 9 Mm-R)

Festlegungen zur Weiterentwicklung auf Grundlage von Sozialdaten

I. Allgemeiner Teil

1. Festlegungsgegenstände

Im Besonderen Teil dieses Anhangs wird jeweils spezifisch für die in der Anlage bestimmten Mindestmengen insbesondere festgelegt:

1.1 die gemäß § 9 Absatz 1 Satz 2 zu verarbeitenden Sozialdaten sowie deren zweckgebundene Erforderlichkeit,

1.2 ob die DAS-KK gemäß § 9 Absatz 3 Satz 3 den Datensatz zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung unmittelbar an das IQTIG oder gemäß § 9 Absatz 3 Satz 4 an die Vertrauensstelle gemäß Teil 1 § 11 DeQS-RL zu übermitteln hat und

1.3 ob aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen eine Vollerhebung im Sinne von § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V erforderlich ist.

2. Konkrete Verarbeitungszwecke

Die Verarbeitung der Sozialdaten dient der Weiterentwicklung der jeweils festgelegten Mindestmenge. Die Verarbeitung erfolgt zu diesem Zwecke im Rahmen von hierzu beauftragten wissenschaftlichen Evaluationen im Sinne von § 9 Absatz 1, deren Ergebnisse dem G-BA zur Berücksichtigung im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenstellung gemäß § 136b Absatz 3 Satz 4 SGB V zugeleitet werden. Gegenstand dieser Evaluationen ist insbesondere eine mindestmengenspezifische Auswirkungsanalyse der Versorgungsvor- und -nachteile, für deren Durchführung die jeweils festgelegten Sozialdaten erforderlich sind. Diese Zweckbestimmung umfasst die tabellarisch näher bezeichneten Zwecke (Aufgreifkriterium – Indexeingriff, Endpunkt, Risikoadjustierung/Stratifizierung, Validierung der Daten sowie technische und anwendungsbezogene Gründe).

II. Besonderer Teil

1. Nummer 3 der Anlage: Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene:

1.1 Festlegung der erforderlichen Sozialdaten

- (1) Die in Absatz 4 tabellarisch festgelegten Sozialdaten sind gemäß § 9 zu verarbeiten, soweit sie nach § 284 Absatz 1 SGB V für erwachsene (≥18 Jahre) Patientinnen oder Patienten erhoben und gespeichert wurden, bei denen in den Kalenderjahren 2018 bis 2025 mindestens ein komplexer Eingriff am Organsystem Ösophagus im Anwendungsbereich der zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung maßgeblichen Fassung der Anlage Nummer 3 zu diesen Regelungen erbracht wurde.
- (2) Für Eingriffe nach Absatz 1 sind zusätzlich auch die in der Tabelle für die Risikoadjustierung/Stratifizierung festgelegten Sozialdaten zu verarbeiten, die im Zeitraum eines Jahres vor dem jeweils maßgeblichen Eingriff erhoben und gespeichert wurden.
- (3) Darüber hinaus sind zur Nachbeobachtung für Eingriffe nach Absatz 1 die in der Tabelle festgelegten Sozialdaten zu verarbeiten, die im Zeitraum von zwei Jahren nach dem jeweils maßgeblichen Eingriff nach Absatz 1 für diese Patientin oder diesen Patienten erhoben und gespeichert wurden.
- (4) Nachfolgend werden die für diese Mindestmenge konkret zu verarbeitenden Sozialdaten einschließlich ihrer jeweiligen zweckgebundenen Erforderlichkeit festgelegt:

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
1.	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr					X
2.	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl					X
3.	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister					X
4.	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht			X	X	
5.	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	X	
6.	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			
7.	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)	Stamm@versicherungsdatu m		X		X	X

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
8.	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatu s		X		X	X
9.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(301)@quelle					X
10.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(301.Entlassungsan zeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	X
11.	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(301.Entlassungsan zeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X	X
12.	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT .IK des Absenders@nummer	X	X	X		X
13.	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA .Standortnummer@stdnum mer	X	X	X		X
14.	Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Auf nahmetag@aufndatum	X	X	X	X	
15.	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Auf nahmegrund@aufngrund				X	
16.	Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung derselben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL .Tag der Entlassung/Verlegung@entl datum		X	X	X	

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
17.	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL .Entlassungs- /Verlegungsgrund@entlgru nd		X			
18.	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL .Hauptdiagnose.Diagnosesc hlüssel@icd		X	X		
19.	Sekundäre Hauptdiagnose mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL .Sekundär- Diagnose.Diagnoseschlüssel @icd_sek		X	X		
20.	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ND G.Nebendiagnose.Diagnose schlüssel@icd		X	X		
21.	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix	301.Entlassungsanzeige.ND G.Sekundär-		X	X		

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
	('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	Diagnose.Diagnoseschlüssel @icd_sek					
22.	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB .Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		
23.	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB .Operationstag@datum	X	X	X		
24.	Angabe, ob der Krankenhausfall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)	inpatient_interrupt(301.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X		X	
25.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(kh_ambo)@quelle					X
26.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	X
27.	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X	X
28.	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer				X	X

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
29.	Tag des Zugangs	Kh_ambo.Ambulante Operationen.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum			X		
30.	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlung sdiag- nose.Diagnoseschlüssel@ic d			X		
31.	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär- Diagnose.Diagnoseschlüssel @icd_sek			X		
32.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295k)@quelle					X
33.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295k.INL.1/1.2)@a rt				X	X
34.	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kv region				X	X
35.	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer				X	
36.	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer				X	
37.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (NBSNR)	cp_type(295k.LED.5/5.2.1) @art				X	X
38.	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@ kvregion				X	X
39.	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitr aum.3/3.3.1@beginndatum			X		

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
40.	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeit aum.3/3.3.2@endedatum			X		
41.	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1 @icd			X		
42.	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2 @sicherheit			X		
43.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle					X
44.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2. 3 Betriebsstättennummer)@a rt				X	X
45.	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2. 3 Betriebsstättennummer)@k vregion					X
46.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	X

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
47.	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bund esland				X	X
48.	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2. 3 Betriebsstättennummer@n ummer				X	X
49.	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@num mer				X	X
50.	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abre chnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@be ginndatum			X		
51.	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abre chnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des			X		

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
		Abrechnungszeitraums@en dedatum					
52.	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diag nose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd			X		
53.	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diag nose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicher heit			X		
54.	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diag nose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum			X		

1.2 Erforderlichkeit einer Vollerhebung

Für eine wirksame Auswirkungsanalyse der Vor- und Nachteile dieser Mindestmenge ist aus gewichtigen medizinisch fachlichen und gewichtigen methodischen Gründen gemäß § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V eine Vollerhebung der in Nummer II. 1.1 festgelegten Sozialdaten erforderlich. Die Begrenzung auf eine Stichprobe ist mangels hinreichender Aussagekraft nicht möglich. Mindestmengen setzen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V planbare Leistungen voraus, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Im Rahmen der Auswirkungsanalyse muss daher eine Fallzahl-Ergebnis-Korrelation durchgeführt werden, die nur auf Grundlage aller maßgeblichen Eingriffe hinreichend aussagekräftig ist, die tatsächlich erbracht wurden. Denn eine Indikation für die in die Mindestmenge einbezogenen komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus wird bundesweit selten gestellt, sodass es sich um seltene Leistungen mit nur niedrigen Fallzahlen handelt. Zudem muss zur Bewertung des Fallzahlzusammenhanges eine Aussage über die Behandlungssicherheit und -qualität an einem Standort getroffen und mit dessen Fallzahl in Beziehung gesetzt werden. Um dieses Qualitätsergebnis für den jeweiligen Standort korrekt zu bestimmen, müssen ebenfalls alle an diesem Standort erbrachten Eingriffe berücksichtigt werden. Diese Notwendigkeit ergibt sich für jeden

einzelnen an der Leistungserbringung beteiligten Standort, um die analoge Aussage auch für alle Volumengruppen treffen zu können. Somit kann im Ergebnis nur auf Grundlage der festgelegten Vollerhebung eine medizinisch fachliche wie auch methodisch hinreichende Darstellung und Bewertung der durch die Mindestmenge bewirkten Versorgungsqualität erfolgen.

1.3 Übermittlung von der DAS-KK an das IQTIG

Die DAS-KK hat nach § 9 Absatz 3 Satz 3 den Datensatz für die Mindestmenge gemäß Nummer II. 1 zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung unmittelbar an das IQTIG zu übermitteln.

2. Nummer 8 der Anlage: Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht von < 1 250 g

2.1 Festlegung der erforderlichen Sozialdaten

- (1) Die in Absatz 3 tabellarisch festgelegten Sozialdaten sind gemäß § 9 zu verarbeiten, soweit sie nach § 284 Absatz 1 SGB V für Behandlungsfälle erhoben und gespeichert wurden, bei denen in den Kalenderjahren 2018 bis 2025 mindestens ein Frühgeborenes im Anwendungsbereich der zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung maßgeblichen Fassung der Anlage Nummer 8 zu diesen Regelungen versorgt wurde.
- (2) Für Behandlungsfälle nach Satz 1 sind zur Nachbeobachtung die in der Tabelle festgelegten Sozialdaten zusätzlich auch zu verarbeiten, die im Zeitraum von zwei Jahren nach dem jeweils maßgeblichen Behandlungsfall nach Satz 1 für diese Patientin oder diesen Patienten erhoben und gespeichert wurden.
- (3) Nachfolgend werden die für diese Mindestmenge konkret zu verarbeitenden Sozialdaten einschließlich ihrer jeweiligen zweckgebundenen Erforderlichkeit festgelegt:

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
1.	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr					X
2.	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdn r					X
3.	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl					X
4.	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister					X

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
5.	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht			X	X	
6.	Geburtsdatum des Versicherten	Stamm@gebdatum	X	X		X	
7.	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			
8.	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V				X	X
9.	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)	Stamm@versicherungsdatu m		X		X	X
10.	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatu s		X		X	X
11.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(301)@quelle					X
12.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(301.Entlassungsan zeige.FKT.IK des Absenders)@art					X
13.	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(301.Entlassungsan zeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland					X
14.	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT .IK des Absenders@nummer	X	X	X		X
15.	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA .Standortnummer@stdnum mer	X	X	X		X
16.	Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Auf nahmetag@aufndatum	X	X		X	

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
17.	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Auf- nahmegrund@aufgrund				X	
18.	Aufnahmeuhrzeit des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Auf- nahmeuhrzeit@aufzeit				X	
19.	Aufnahmegewicht in Gramm	301.Aufnahmesatz.AUF.Auf- nahmegewicht@gewicht	X	X	X	X	
20.	Entlassungs- bzw. Verlegungstag des Versicherten	301.Entlassungsanzeige.ETL .Tag der Entlassung/Verlegung@entl- datum		X	X	X	X
21.	Entlassungs- bzw. Verlegungsurzeit des Versicherten	301.Entlassungsanzeige.ETL . Entlassungs- /Verlegungsurzeit@entlzei- t				X	
22.	Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL .Entlassungs- /Verlegungsgrund@entlgru- nd		X			
23.	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000‘ bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL .Hauptdiagnose.Diagnosesc- hlüssel@icd	X	X	X		

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
24.	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär- diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL .Sekundär- Diagnose.Diagnoseschlüssel @icd_sek	X	X	X		
25.	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000‘ bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ND G.Nebendiagnose.Diagnose schlüssel@icd	X	X	X		
26.	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ND G.Sekundär- Diagnose.Diagnoseschlüssel @icd_sek	X	X	X		
27.	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB .Operation.Prozedurenschlü ssel@ops		X			
28.	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB .Operationstag@datum		X			
29.	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)	inpatient_interrupt(301.Ent lassungsanzeige.ETL.Entlass		X		X	

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
		ungs- /Verlegungsgrund)@khunte rbrechung					

2.2 Erforderlichkeit einer Vollerhebung

Für eine wirksame Auswirkungsanalyse der Vor- und Nachteile dieser Mindestmenge ist aus gewichtigen medizinisch fachlichen und gewichtigen methodischen Gründen gemäß § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V eine Vollerhebung der in Nummer II. 2.1 festgelegten Sozialdaten erforderlich. Die Begrenzung auf eine Stichprobe ist mangels hinreichender Aussagekraft nicht möglich. Mindestmengen setzen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V planbare Leistungen voraus, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Im Rahmen der Auswirkungsanalyse muss daher zunächst eine Fallzahl-Ergebnis-Korrelation durchgeführt werden, die nur auf Grundlage aller maßgeblichen Behandlungsfälle hinreichend aussagekräftig ist, die tatsächlich erbracht wurden. Denn die in diese Mindestmenge einbezogene Versorgung von Früh- bzw. Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1 250 g wird selten bewirkt, sodass es sich um seltene Behandlungsfälle mit nur niedrigen Fallzahlen handelt. Zudem muss zur Bewertung des Fallzahlzusammenhangs eine Aussage über die Behandlungssicherheit und -qualität an einem Standort getroffen und mit dessen Fallzahl in Beziehung gestellt werden. Um dieses Qualitätsergebnis für den jeweiligen Standort korrekt zu bestimmen, müssen ebenfalls alle an diesem Standort erbrachten Behandlungsfälle berücksichtigt werden. Diese Notwendigkeit ergibt sich für jeden einzelnen an der Leistungserbringung beteiligten Standort, um die analoge Aussage auch für alle Volumengruppen treffen zu können. Somit kann im Ergebnis nur auf Grundlage der festgelegten Vollerhebung eine methodisch hinreichende Darstellung und Bewertung der durch die Mindestmenge bewirkten Versorgungsqualität erfolgen.

2.3 Übermittlung von der DAS-KK an die Vertrauensstelle

Die DAS-KK hat nach § 9 Absatz 3 Satz 4 den Datensatz für diese Mindestmenge gemäß Nummer II. 2 zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung an die Vertrauensstelle gemäß Teil 1 § 11 DeQS-RL zu übermitteln.“

V. 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 G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Juni 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken