

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R):
Ergänzung des Anhangs 2: Weiterentwicklung auf Grundlage
von Sozialdaten u.a.

Vom 18. Juni 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	14
4.	Verfahrensablauf	14
5.	Fazit.....	14
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	15

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 erfolgt zunächst eine klarstellende Berichtigung der mit Beschlüssen vom 18. Dezember 2025 für die Mindestmengen „Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)“ und „Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen“ festgelegten OPS- und ICD-10-GM-Kataloge. Die darüber hinaus vorgenommene Ergänzung des Anhangs 2 der Mm-R dient der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des § 299 Absatz 1a SGB V, wonach die Krankenkassen befugt und verpflichtet sind, nach § 284 Absatz 1 SGB V erhobene und gespeicherte Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung u. a. nach § 137a Absatz 3 SGB V zu verarbeiten, soweit dies erforderlich und u. a. in Beschlüssen nach § 136b SGB V vorgesehen ist.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zur Anpassung von Nummer 6 und Nummer 8 der Anlage:

Mit Beschluss des G-BA vom 18. Dezember 2025 wurden in der Anlage (Mindestmengenkatalog) der Mindestmengenregelungen (Mm-R) u. a. die Mindestmenge für den Leistungsbereich Nummer 6 *Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)* geändert und für den Bereich der endoprothetischen Versorgung am Kniegelenk drei eigenständige Mindestmengen für die Leistungsbereiche *Knie-TEP* (Nummer 6 der Anlage der Mm-R), *Unikondyläre Schlittenprothesen* (Nummer 7 der Anlage der Mm-R) und *Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen* (Nummer 8 der Anlage der Mm-R) festgelegt.

Die Mindestmengenregelungen des Leistungsbereichs *Knie-TEP* finden hierbei Anwendung auf diejenigen Leistungen, die gemäß dem im Beschluss tabellarisch festgelegten Katalog mit einem OPS-Code in Kombination mit einem ICD-Code aus der ebenfalls im Beschluss festgelegten Tabelle zu verschlüsseln sind. Die maßgeblichen OPS-Kodes wurden hierbei auf Grundlage des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS Version 2026)“ mit Stand vom 24. Oktober 2025 festgelegt.

Mit dem vorliegenden Änderungsbeschluss war der für die Mindestmenge *Knie-TEP* festgelegte OPS-Katalog durch Streichung des OPS-Kodes 5-822.j0 mit Wirkung vom 1. Januar 2026 klarstellend zu berichtigen, da dieser Code nach der maßgeblichen Version des OPS 2026 (Stand: 24. Oktober 2025) in der einbezogenen Codegruppe 5-822.j** *Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit* nicht abgebildet ist und demnach auch nicht verschlüsselt werden kann.

Daher erfolgt durch die Streichung des OPS-Kodes 5-822.j0 die klarstellende Berichtigung des für die Mindestmenge festgelegten OPS-Katalogs im Hinblick auf die bei dem vorgenannten Fünfsteller nicht kodierfähigen Sechsteller. Die Kodes der vorgenannten Kategorien sind daher nun gemäß der OPS Version 2026 gültigen sechsten Stelle im Mindestmengenkatalog definiert.

Darüber hinaus wurden die in den sowohl für den Leistungsbereich *Knie-TEP* wie auch für den Leistungsbereich *Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen* festgelegten ICD-10-GM-Katalogen festgelegten Klassentitel redaktionell an die offiziellen Bezeichnungen des vom BfArM im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – German Modification“ (ICD-10 Version 2026) mit Stand vom 18. September 2025 angepasst.

Zur Anpassung von Angaben zur Nummerierung der Mindestmengenleistungsbereiche in den Nummern 10, 11, 13 und 14 der Anlage sowie im Anhang 2

Mit der Ergänzung von Nummer 8 der Anlage der Mm-R (*Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen*) durch Beschluss vom 18. Dezember 2025 wurden die bis zum 31. Dezember 2025 bestehenden Nummern 8 bis 13 der Anlage zu Nummern 9 bis 14. In diesem Zusammenhang wurden Folgeanpassungen im Regelungstext erforderlich, die mit dem vorliegenden Änderungsbeschluss redaktionell nachvollzogen werden.

Zur Ergänzung von Anhang 2

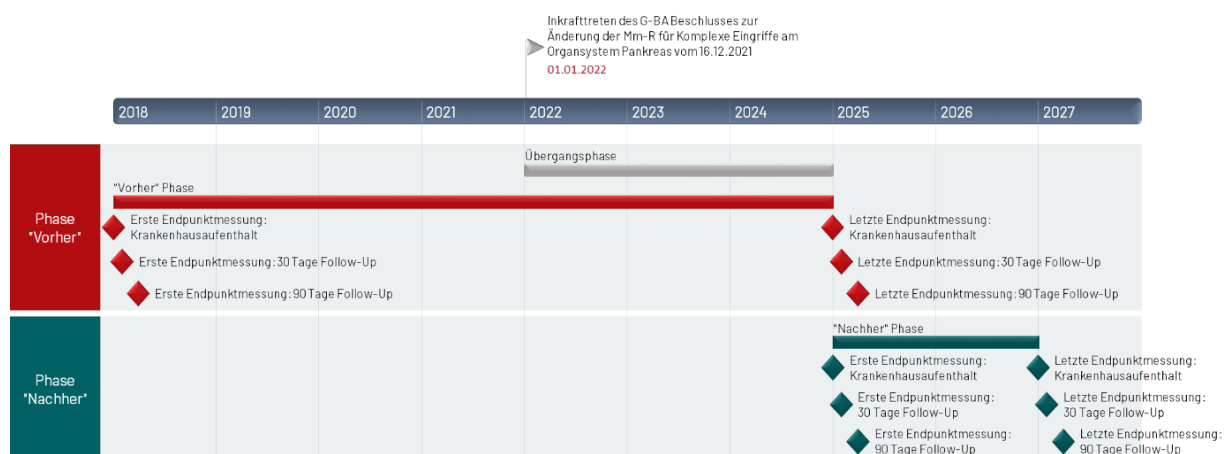
Im Besonderen Teil des Anhangs 2 werden jeweils spezifisch für die in der Anlage bestimmten Mindestmengen insbesondere die gemäß § 9 Absatz 1 Satz 2 zu verarbeitenden Sozialdaten sowie deren zweckgebundene Erforderlichkeit festgelegt, ferner jeweils klarstellend bestimmt, ob die DAS-KK gemäß § 9 Absatz 3 Satz 3 den Datensatz zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung unmittelbar an das IQTIG oder gemäß § 9 Absatz 3 Satz 4 zunächst an die Vertrauensstelle gemäß Teil 1 § 11 DeQS-RL zu übermitteln hat und 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.

Zu Nummer 3 [Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene]

Zu Nummer 3.1 Festlegung der erforderlichen Sozialdaten

Mit Nummer II. 3.1 der Anlage 2 werden gemäß § 9 Absatz 1 diejenigen Sozialdaten konkret festgelegt, welche der G-BA auf Basis des Evaluationsplanes des IQTIG vom 14. März 2025 zur Auswirkungsanalyse der Änderung der Mindestmenge *Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene* mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 fachlich für erforderlich erachtet. Gemäß Evaluationsplan sind dazu alle in der Tabelle benannten Datensätze von allen durch die Operationalisierung der Leistung umfassten Versicherten aus den Jahren 2018 bis 2026 fachlich erforderlich. Der Zeitraum ergibt sich wie folgt aus der erforderlichen Analyse der Versorgungsvor- und -nachteile der Änderung der Mindestmenge.

Zur Veranschaulichung der relevanten Datenjahre wird hier Abb. 6 des Evaluationsplanes (Quelle: IQTIG) eingefügt:



Die Mindestmenge *Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas* trat zum 1. Januar 2022 in Kraft und wurde für ihre Beschlusskomponenten mit unterschiedlichen Übergangsfristen ausgestattet. Für die Berechnung der Leistungsmenge des Kalenderjahres 2021 und der ersten zwei Quartale des Kalenderjahres 2022 waren neben den in Nummer 4 der Anlage aufgeführten OPS-Kodes auch die OPS-Kodes 5-525.3 und 5-525.4 anrechenbar. In den Kalenderjahren 2022 und 2023 galt übergangsweise jeweils eine Mindestmenge von 10 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Im Kalenderjahr 2024 galt übergangsweise eine Mindestmenge von 15 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Die Analyse der Versorgungsvor- und -nachteile umfasst regelhaft eine Betrachtung des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhanges vor Inkrafttreten des Beschlusses und desselben Zusammenhanges nach vollständiger Wirksamkeit und Umsetzung desselben – also nach Ablauf aller Übergangsregelungen. Das letzte Jahr vor Inkrafttreten war 2021. Für dieses Jahr musste demnach keine Prognose nach der zu evaluierenden neuen Regelung abgegeben werden. Das erste Jahr der vollständigen Wirksamkeit des Beschlusses, in dem nicht auf Zeiträume aus den Übergangsfristen zurückgegriffen wird, ist das Kalenderjahr 2025.

Um in der Evaluation eine Vorher-Nachher-Betrachtung hinsichtlich der Änderung der Mm-R zu ermöglichen, ist die Einbindung von Kalenderjahren vor der Änderung der Mm-R notwendig (Verweis auf Evaluationsplan). Die Kalenderjahre 2018 bis 2024 liegen entsprechend dem Evaluationsplan vollständig vor der regulatorischen Wirkung der Änderung der Mm-R zum 1. Januar 2022 und bilden somit den „Vorher“-Zeitraum ab, während die Kalenderjahre ab 2025 den „Nachher“-Zeitraum abbilden (Verweis auf Evaluationsplan).

Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden durch das IQTIG als einzige Datenquelle identifiziert, die es ermöglicht, eine Risikoadjustierung hinsichtlich relevanter Komorbiditäten (ICD) und vorherigen komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas (OPS) durchzuführen und Endpunkte, die über den Krankenhausaufenthalt des Indexeingriffs hinausgehen, beobachten zu können. Für die Risikoadjustierung wird auf den Zeitraum 12 Monate vor dem Indexeingriff zurückgeblickt und überprüft, ob in dieser Zeit eine relevante Komorbidität oder ein vorheriger Eingriff am Organsystem Pankreas für den jeweiligen Versichertenfall dokumentiert wurde. Das für die Risikoadjustierung relevante Zeitfenster umfasst deshalb insgesamt den Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2026. Die Endpunkte werden ausgehend vom Indexeingriff entsprechend der im Evaluationsplan definierten Zeitintervalle prospektiv erfasst (14 Tage, 30 Tage oder 90 Tage). Es wird überprüft, ob in den für den jeweiligen Endpunkt definierten Zeitintervallen eine relevante Komplikation oder der Tod des Versichertenfalls dokumentiert wird. Das Zeitfenster für das Auftreten dieser Endpunkte umfasst insgesamt den Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2018 und dem 31. März 2027.

Insofern startet die Datennutzung dieser Evaluation mit dem Jahr 2017.

Zur Tabelle:

Das Datenfeld 1 dient der Zuordnung der gelieferten Daten zur jeweiligen Krankenkasse. Die Datenfelder 2 und 3 sind erforderlich, um die gelieferten Daten zu plausibilisieren.

Das Datenfeld 4 ist für die Risikoadjustierung mittels statistischer Modellierung oder Stratifizierung notwendig. Das Datenfeld 5 dient der Ermittlung des Anwendungsbereichs der Mindestmenge, denn die Mindestmenge ist ausschließlich für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas bei Erwachsenen festgelegt. Das Datenfeld ist insoweit erforderlich, um festzustellen, ob die Patientin eine Erwachsene bzw. der Patient ein Erwachsener ist (Alter ≥ 18 Jahre). Zusätzlich ist dieses Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich und dient im Weiteren der Fallidentifikation. Datenfeld 6 dient der Berechnung der Endpunkte „Gesamt mortalität“ nach 30 und 90 Tagen. Zusätzlich erfolgt hierüber die Berechnung des

Überlebenszeitraums nach dem Indexeingriff. Die Datenfelder 7 und 8 dienen der Prüfung, inwieweit die Verlegungskette vollständig dargestellt werden kann. Sie sind zur Prüfung erforderlich, ob für den jeweiligen Versicherten ein Endpunkt beobachtet werden kann oder die bzw. der Versicherte zum Zeitpunkt des letzten verfügbaren Stichtags als „lost to follow-up“ gelten muss. Darüber hinaus sind diese Datenfelder notwendig, um sicherzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient zum Zeitpunkt der Erhebung gesetzlich versichert war.

Das Datenfeld 9 dient der Zuordnung der gelieferten Daten zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 10 ist zur korrekten Zuordnung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung und zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 11 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Die Datenfelder 12 und 13 dienen der Identifizierung von Einrichtungen, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen sowie der Zuordnung der Leistungsmenge zur Leistungserbringerin oder zum Leistungserbringer. Die Zuordnung der Leistungen zur jeweiligen Leistungserbringerin oder zum jeweiligen Leistungserbringer ist für die Analyse der Endpunkte bedeutsam, da erst hierdurch Gruppenvergleiche ermöglicht werden. Im Weiteren kann hierdurch mittels statistischer Methoden dafür Sorge getragen werden, dass Behandlungsergebnisse von Fällen, die von derselben Einrichtung behandelt werden (sog. Cluster), im Allgemeinen korreliert sind. Das Datenfeld 14 dient der Identifizierung des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff durchgeführt wird, sowie der Identifizierung weiterer, auf den Indexeingriff folgender Krankenhausaufenthalte, bei denen weitere komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durchgeführt werden und/oder Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden, die therapiebedingte Komplikationen definieren. Des Weiteren ist das Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm sichergestellt werden kann, dass die betreffende Komorbidität in einem Krankenhausaufenthalt in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff am Ösophagus für den jeweiligen Fall dokumentiert wurde. Datenfeld 15 ist zur Identifizierung des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff vorgenommen wurde, bei verlegten Patientinnen und Patienten erforderlich und dient der Validierung des Indexfalles. Das Datenfeld 16 dient sowohl der Identifizierung des Endes des Krankenhausaufenthalts, in dem der Indexeingriff durchgeführt wird, als auch der Abbildung der vorangehenden und nachfolgenden Krankenhausaufenthalte. Es wird benötigt, um weitere, auf den Indexeingriff folgende Krankenhausaufenthalte zu identifizieren, bei denen weitere komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durchgeführt wurden bzw. Diagnosen/Prozeduren dokumentiert wurden, die eine therapiebedingte Komplikation definieren. Das Datenfeld 17 ist für die Darstellung des Endpunktes „Gesamtmortalität“ nach 30 und 90 Tagen erforderlich. Die Datenfelder 18 bis 21 dienen der Darstellung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Weiterhin ist es für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten aufgetreten sind. Datenfeld 22 dient der Ermittlung des Anwendungsbereichs der Mindestmenge. Dieses Datenfeld dient im Weiteren der Darstellung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Das Datenfeld 23 ist für die Zuordnung der Indexeingriffe in den Evaluationszeitraum erforderlich und dient weiterhin für die zeitliche Zuordnung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Es ist im Weiteren für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob nach dem Indexeingriff weitere Folgeeingriffe am Organsystem Pankreas für den betreffenden Fall erfolgten. Datenfeld 24 ist für die Prüfung des Vorhandenseins einer vollständig abgebildeten Verlegungskette erforderlich. Datenfeld 25 ist für die Unterscheidung von Aufnahmediagnosen von Komplikationen notwendig.

Datenfeld 26 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 27 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 28 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Das Datenfeld 29 ist zur Plausibilisierung der gelieferten Daten erforderlich. Datenfeld 30 ist für die Risikoadjustierung erforderlich. Mittels dieses Datenfeldes, das Auskunft über das Datum der Leistungserbringung gibt, kann sichergestellt werden, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff am Pankreas für den jeweiligen Fall dokumentiert wurde. Die Datenfelder 31 und 32 dienen der Risikoadjustierung. Über diese Datenfelder wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind.

Datenfeld 33 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 34 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Die BSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 35 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 34 eine BSNR angegeben wurde. Die Datenfelder 36 und 37 dienen der Plausibilisierung der gelieferten Daten. Datenfeld 38 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR bzw. NBSNR) erforderlich. Die NBSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 39 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 37 eine NBSNR angegeben wurde. Die Datenfelder 40 und 41 sind für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber dargestellt wird, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde. Das Datenfeld 42 dient der Risikoadjustierung. Über dieses Datenfeld wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind. Das Datenfeld 43 ist für die Risikoadjustierung erforderlich, da es die Sicherheit der Diagnose der Komorbidität angibt.

Datenfeld 44 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 45 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Die BSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 46 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 45 eine BSNR angegeben wurde. Datenfeld 47 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 48 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Die Datenfelder 49 und 50 dienen der Plausibilisierung der gelieferten Daten. Die Datenfelder 51 und 52 sind für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber dargestellt wird, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde. Das Datenfeld 53 dient der Risikoadjustierung. Über dieses Datenfeld wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind. Das Datenfeld 54 ist für die Risikoadjustierung 12 erforderlich, da es die Sicherheit der Diagnose der Komorbidität angibt. Das Datenfeld 55 ist für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber gewährleistet wird, dass die entsprechende Komorbidität innerhalb von 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde.

Für alle abgeleiteten Datenfelder wurde geprüft, ob ein höheres Aggregationsniveau der zu übermittelnden Informationen möglich ist, ohne dass daraus Probleme für die Evaluation resultieren. Dabei stellte sich für die Datenfelder mit Datumsbezug heraus, dass diese bei einem höher aggregierten Niveau (Monat/Jahr, Quartal/Jahr) aus den nachfolgenden Gründen zu erheblichen Einschränkungen in der Evaluation führen würden und daher die Übermittlung der konkreten Datumsangaben notwendig ist:

Versorgungsverlauf: Im Sinne der Nachvollziehbarkeit des Versorgungsverlaufs (bestehende Komorbiditäten vor einem Eingriff, auftretende Komplikationen nach einem Eingriff) ist der Abgleich über das konkrete Datum notwendig. Aufgrund der zeitlich teilweise eng aufeinanderfolgenden Ereignisse kann die notwendige Unterscheidung der Reihenfolge der Ereignisse (z.B. Komplikation folgt auf Eingriff) nur über den konkreten Datumsbezug sichergestellt werden.

Endpunkte „Mortalität“: Das Sterbedatum der bzw. des Versicherten (Datenfeld Ziffer 6 in der Tabelle für Pankreas) wird benötigt, um den Endpunkt „Mortalität“ in den Datenanalysen messen zu können. Im Beispiel der Eingriffe am Pankreas liegen die Messzeitpunkte nach 30 und nach 90 Tagen. Die genannten Zeiträume sind dabei die aus der Literatur und den Experteninterviews abgeleiteten Zeitfenster, innerhalb derer gemessen werden soll, ob und vor allem zu welchem Zeitpunkt Patientinnen und Patienten nach einem Indexereignis (z. B. Operation am Pankreas) versterben. Das genaue Sterbedatum wird daher benötigt, um eine Überlebenszeitanalyse durchführen zu können, die differenzieren kann, wann eine Patientin oder ein Patient innerhalb der genannten Zeitfenster verstirbt. Es macht klinisch einen Unterschied, ob eine Patientin oder ein Patient im Beispiel der Gesamtmortalität nach 30 Tagen z. B. noch am Tag der durchgeführten Operation am Pankreas verstirbt oder am 30. Tag danach. Die Übermittlung „eine[r] Kombination aus Jahr und Quartal oder Jahr und Kalendermonat“ des eigentlichen Sterbedatums würde hier zu einer für die Evaluation problematischen Unschärfe führen.

Endpunkt „Tödliche Komplikationen“: Die Zeitfenster, in denen im Zuge der Evaluation geprüft werden soll, ob eine Komplikation auftritt und im Anschluss ein Versterben der Patientin oder des Patienten vorliegt, betragen 30 und 90 Tage nach Indexereignis („Eingriff am Pankreas“). Das exakte Sterbedatum wird benötigt, um feststellen zu können, ob das Versterben nach Auftreten einer therapiebedingten Komplikation innerhalb der genannten Zeitfenster erfolgt. Auch hier würde die Übermittlung „eine[r] Kombination aus Jahr und Quartal oder Jahr und Kalendermonat“ des eigentlichen Sterbedatums zu einer für die Evaluation problematischen Unschärfe führen.

Risikoadjustierung / Endpunkt „therapiebedingte Komplikationen“: Die Datenfelder mit den Ziffern 31, 32 sowie 42, 43 sowie 53 sowie 54 beziehen sich auf ambulant bzw. ambulant-stationär gestellte Diagnosen. Das jeweilige verfügbare Datum dieser Diagnosen ist von Relevanz, da nach Evaluationsplan für die Mm-R Pankreas für die Risikoadjustierung bestenfalls ausschließlich Komorbiditäten im Zeitraum 12 Monate vor Indexereignis (Operation am Pankreas) erfasst werden sollen. Ist das Datum der Diagnose unbekannt, kann eine Zuordnung in dieses Zeitintervall im Zuge der Evaluation nicht vorgenommen werden. Das Datenfeld mit der Ziffer 14 „Aufnahmetag des Falles, an dem die bzw. der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird“ bezieht sich auf stationäre Daten und wird benötigt, um den jeweiligen Krankenhausaufenthalt im Versorgungsablauf während des Evaluationszeitraums abzubilden. Der Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird, wird zuerst als Aufgreifkriterium benötigt, um den Beginn des Krankenhausaufenthalts zu identifizieren, bei dem der Indexeingriff durchgeführt wird. Zudem wird das Datenfeld zur Identifikation weiterer auf den Indexeingriff folgende Krankenhausaufenthalte des Falles benötigt, bei denen weitere Eingriffe am Organsystem Pankreas durchgeführt werden und/oder Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden,

die therapiebedingte Komplikationen definieren. Letztere Informationen sind somit für die Messung der Endpunkte relevant.

Zu Nummer 3.2 Erforderlichkeit einer Vollerhebung

Die Erforderlichkeit der Vollerhebung ist gemäß § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V in Anhang 2 Nummer II. 3.2 dargelegt. Die Erforderlichkeit der Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V begründet sich hiernach methodisch mit dem Untersuchungsgegenstand der Evaluation der vom G-BA festgelegten Mindestmengen. Dafür sind Berechnungen des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs der jeweiligen Mindestmenge und Veränderungen in der Versorgung auf Grundlage einer zeitlich eingegrenzten Stichprobe von allen Fällen, die unter die Mindestmengenregelung fallen, unerlässlich. Für die wissenschaftliche Prüfung oder Darstellung des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs sowie zur Analyse der Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen ist es methodisch zwingend erforderlich, alle im Fokus des zu untersuchenden Zusammenhangs stehenden Interventionsereignisse (Operationen) an allen Standorten für einen bestimmten Zeitraum vollständig zu erfassen. Mit einer Stichprobe aus der Gesamtfallzahl des hier festgelegten Untersuchungszeitraums können ein solcher Zusammenhang sowie Veränderungen in den Versorgungsstrukturen nicht methodisch suffizient berechnet werden.

Zu Nummer 3.3 Übermittlung an die Vertrauensstelle

Die Vertrauensstelle gemäß § 9 Absatz 3 Satz 4 i. V. m. Teil 1 § 11 DeQS-RL ist allein zu dem Zweck eingerichtet, Patientendaten aus unterschiedlichen Behandlungsfällen, von unterschiedlichen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern oder unterschiedlichen Kostenträgern versichertenbezogen zusammenzuführen. Sofern eine Datenanalyse im Auftrage des G-BA dies erforderlich macht, beschließt der G-BA auch die Übermittlung der lebenslangen Versichertennummer gemäß § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V, weil nur damit eine versichertenbezogene Zusammenführung der Daten möglich ist. Die Vertrauensstelle pseudonymisiert nach Zusammenführung der Daten durch die DAS-KK die lebenslange Versichertennummer und übermittelt den zusammengeführten Datensatz an den vorgesehenen Datenempfänger.

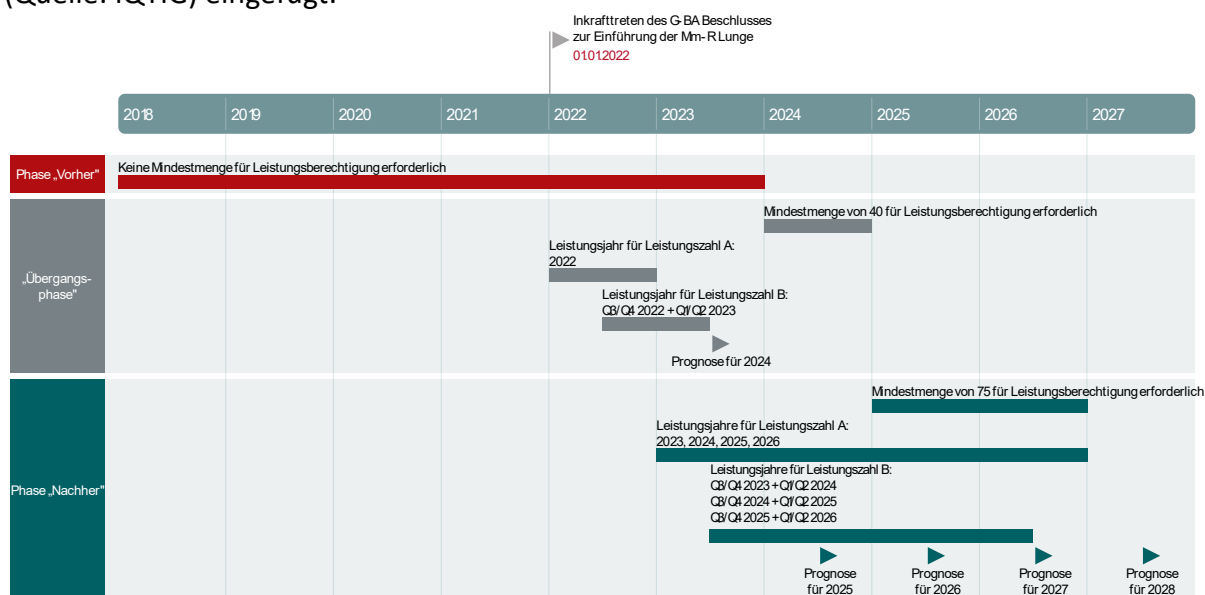
In diesem Leistungsbereich werden die erforderlichen Daten bereits in der für die Auswirkungsanalyse erforderlichen zusammengeführten Form von den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt, sodass eine Zusammenführung durch die Vertrauensstelle nicht erforderlich ist. Aus diesem Grund enthält der zur Datennutzung bestimmte Datensatz im Rahmen der Evaluation der Mindestmenge *Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas bei Erwachsenen* nicht die lebenslange Versichertennummer.

Zu Nummer 4 [Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen]

4.1 Festlegung der erforderlichen Sozialdaten

Mit Nummer II. 4.1 der Anlage 2 werden gemäß § 9 Absatz 1 diejenigen Sozialdaten konkret festgelegt, welche der G-BA auf Basis des Evaluationsplanes des IQTIG vom 19. Juni 2025 zur Auswirkungsanalyse der Änderung der Mindestmenge *Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen* mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 fachlich für erforderlich erachtet. Gemäß Evaluationsplan sind dazu alle in der Tabelle benannten Datensätze von allen durch die Operationalisierung der Leistung umfassten Versicherten aus den Jahren 2018 bis 2026 fachlich erforderlich. Der Zeitraum ergibt sich analog zu den die Nummer 4 der Anlage 2 betreffenden Ausführungen an entsprechender Stelle.

Zur Veranschaulichung der relevanten Datenjahre wird hier Abb. 5 des Evaluationsplanes (Quelle: IQTIG) eingefügt:



Die Mindestmenge *Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen* trat zum 1. Januar 2022 in Kraft und wurde für ihre Beschlusskomponenten mit unterschiedlichen Übergangsfristen ausgestattet. In den Kalenderjahren 2022 und 2023 galt übergangsweise keine Mindestmenge. Im Kalenderjahr 2024 galt übergangsweise eine Mindestmenge von 40 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Seit dem Kalenderjahr 2025 gilt eine Mindestmenge von 75 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Die Analyse der Versorgungsvor- und -nachteile umfasst regelhaft eine Betrachtung des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhanges vor Inkrafttreten des Beschlusses und desselben Zusammenhanges nach vollständiger Wirksamkeit und Umsetzung desselben – also nach Ablauf aller Übergangsregelungen. Das letzte Jahr vor Inkrafttreten war 2021. Für dieses Jahr musste demnach keine Prognose nach der zu evaluierenden neuen Regelung abgegeben werden. Das erste Jahr der vollständigen Wirksamkeit des Beschlusses, in dem nicht auf Zeiträume aus den Übergangsfristen zurückgegriffen wird, ist das Kalenderjahr 2025.

Um in der Evaluation eine Vorher-Nachher-Betrachtung hinsichtlich der Änderung der Mm-R zu ermöglichen, ist die Einbindung von Kalenderjahren vor der Änderung der Mm-R notwendig (Verweis auf Evaluationsplan). Die Kalenderjahre 2018 bis 2023 liegen entsprechend dem Evaluationsplan vollständig vor der regulatorischen Wirkung der Änderung der Mm-R zum 1. Januar 2022 und bilden somit den „Vorher“-Zeitraum ab. Das Kalenderjahr 2024 umfasst den Zeitraum der Übergangsregelung, während die Kalenderjahre ab 2025 den „Nachher“-Zeitraum abbilden (Verweis auf Evaluationsplan).

Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden durch das IQTIG als einzige Datenquelle identifiziert, die es ermöglicht, eine Risikoadjustierung hinsichtlich relevanter Komorbiditäten (ICD) und vorherigen thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms (OPS + ICD) durchzuführen und Endpunkte, die über den Krankenhausaufenthalt des Indexeingriffs hinausgehen, beobachten zu können. Für die Risikoadjustierung wird auf den Zeitraum 12 Monate vor dem Indexeingriff zurückgeblickt und überprüft, ob in dieser Zeit eine relevante Komorbidität oder eine vorherige thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms für den jeweiligen Versichertenfall dokumentiert wurde. Das für die Risikoadjustierung relevante Zeitfenster umfasst deshalb insgesamt den Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2026. Die Endpunkte werden ausgehend vom Indexeingriff entsprechend der

im Evaluationsplan definierten Zeitintervalle prospektiv erfasst (30 Tage, 90 Tage, 120 Tage, 12 Monate oder 24 Monate). Es wird überprüft, ob in den für den jeweiligen Endpunkt definierten Zeitintervallen eine relevante Komplikation oder der Tod des Versichertenfalls dokumentiert wird. Das Zeitfenster für das Auftreten dieser Endpunkte umfasst insgesamt den Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2018 und dem 31. Dezember 2028.

Insofern startet die Datennutzung dieser Evaluation mit dem Jahr 2017.

Zur Tabelle:

Das Datenfeld 1 dient der Zuordnung der gelieferten Daten zur jeweiligen Krankenkasse. Die Datenfelder 2 und 3 sind erforderlich, um die gelieferten Daten zu plausibilisieren.

Das Datenfeld 4 ist für die Risikoadjustierung mittels statistischer Modellierung oder Stratifizierung notwendig. Das Datenfeld 5 dient der Ermittlung des Anwendungsbereichs der Mindestmenge, denn die Mindestmenge ist ausschließlich für thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen festgelegt. Das Datenfeld ist insoweit erforderlich, um festzustellen, ob die Patientin eine Erwachsene bzw. der Patient ein Erwachsener ist (Alter ≥ 18 Jahre). Zusätzlich ist dieses Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich und dient im Weiteren der Fallidentifikation. Datenfeld 6 dient der Berechnung der Endpunkte „Gesamtmortalität“ nach 30, 90 und 120 Tagen. Zusätzlich erfolgt hierüber die Berechnung des Überlebenszeitraums nach dem Indexeingriff. Die Datenfelder 7 und 8 dienen der Prüfung, inwieweit die Verlegungskette vollständig dargestellt werden kann. Sie sind zur Prüfung erforderlich, ob für den jeweiligen Versicherten ein Endpunkt beobachtet werden kann oder die bzw. der Versicherte zum Zeitpunkt des letzten verfügbaren Stichtags als „lost to follow-up“ gelten muss. Darüber hinaus sind diese Datenfelder notwendig, um sicherzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient zum Zeitpunkt der Erhebung gesetzlich versichert war.

Das Datenfeld 9 dient der Zuordnung der gelieferten Daten zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 10 ist zur korrekten Zuordnung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung und zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 11 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Die Datenfelder 12 und 13 dienen der Identifizierung von Einrichtungen, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen sowie der Zuordnung der Leistungsmenge zur Leistungserbringerin oder zum Leistungserbringer. Die Zuordnung der Leistungen zur jeweiligen Leistungserbringerin oder zum jeweiligen Leistungserbringer ist für die Analyse der Endpunkte bedeutsam, da erst hierdurch Gruppenvergleiche ermöglicht werden. Im Weiteren kann hierdurch mittels statistischer Methoden dafür Sorge getragen werden, dass Behandlungsergebnisse von Fällen, die von derselben Einrichtung behandelt werden (sog. Cluster), im Allgemeinen korreliert sind. Das Datenfeld 14 dient der Identifizierung des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff durchgeführt wird, sowie der Identifizierung weiterer, auf den Indexeingriff folgender Krankenhausaufenthalte, bei denen weitere thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms durchgeführt werden und/oder Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden, die therapiebedingte Komplikationen definieren. Des Weiteren ist das Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm sichergestellt werden kann, dass die betreffende Komorbidität in einem Krankenhausaufenthalt in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff einer thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms für den jeweiligen Fall dokumentiert wurde. Datenfeld 15 ist zur Identifizierung des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff vorgenommen wurde, bei verlegten Patientinnen und Patienten erforderlich und dient der Validierung des Indexfalles. Das Datenfeld 16 dient sowohl der Identifizierung des Endes des Krankenhausaufenthalts, in dem der Indexeingriff durchgeführt

wird, als auch der Abbildung der vorangehenden und nachfolgenden Krankenhausaufenthalte. Es wird benötigt, um weitere, auf den Indexeingriff folgende Krankenhausaufenthalte zu identifizieren, bei denen weitere thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms durchgeführt wurden bzw. Diagnosen/Prozeduren dokumentiert wurden, die eine therapiebedingte Komplikation definieren. Das Datenfeld 17 ist für die Darstellung des Endpunktes „Gesamtmortalität“ nach 30, 90 und 120 Tagen erforderlich. Die Datenfelder 18 bis 21 dienen der Darstellung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Weiterhin ist es für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten aufgetreten sind. Datenfeld 22 dient der Ermittlung des Anwendungsbereichs der Mindestmenge. Dieses Datenfeld dient im Weiteren der Darstellung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Das Datenfeld 23 ist für die Zuordnung der Indexeingriffe in den Evaluationszeitraum erforderlich und dient weiterhin für die zeitliche Zuordnung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Es ist im Weiteren für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob nach dem Indexeingriff weitere Folgeeingriffe einer thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms für den betreffenden Fall erfolgten. Datenfeld 24 ist für die Prüfung des Vorhandenseins einer vollständig abgebildeten Verlegungskette erforderlich. Datenfeld 25 ist für die Unterscheidung von Aufnahmediagnosen von Komplikationen notwendig.

Datenfeld 26 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 27 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 28 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Das Datenfeld 29 ist zur Plausibilisierung der gelieferten Daten erforderlich. Datenfeld 30 ist für die Risikoadjustierung erforderlich. Mittels dieses Datenfeldes, das Auskunft über das Datum der Leistungserbringung gibt, kann sichergestellt werden, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff der thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms für den jeweiligen Fall dokumentiert wurde. Die Datenfelder 31 und 32 dienen der Risikoadjustierung. Über diese Datenfelder wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind.

Datenfeld 33 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 34 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Die BSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 35 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 34 eine BSNR angegeben wurde. Die Datenfelder 36 und 37 dienen der Plausibilisierung der gelieferten Daten. Datenfeld 38 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR bzw. NBSNR) erforderlich. Die NBSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 39 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 37 eine NBSNR angegeben wurde. Die Datenfelder 40 und 41 sind für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber dargestellt wird, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde. Das Datenfeld 42 dient der Risikoadjustierung. Über dieses Datenfeld wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten

Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind. Das Datenfeld 43 ist für die Risikoadjustierung erforderlich, da es die Sicherheit der Diagnose der Komorbidität angibt.

Datenfeld 44 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 45 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Die BSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 46 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 45 eine BSNR angegeben wurde. Datenfeld 47 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 48 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Die Datenfelder 49 und 50 dienen der Plausibilisierung der gelieferten Daten. Die Datenfelder 51 und 52 sind für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber dargestellt wird, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde. Das Datenfeld 53 dient der Risikoadjustierung. Über dieses Datenfeld wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind. Das Datenfeld 54 ist für die Risikoadjustierung 12 erforderlich, da es die Sicherheit der Diagnose der Komorbidität angibt. Das Datenfeld 55 ist für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber gewährleistet wird, dass die entsprechende Komorbidität innerhalb von 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde.

Für alle abgeleiteten Datenfelder wurde geprüft, ob ein höheres Aggregationsniveau der zu übermittelnden Informationen möglich ist, ohne dass daraus Probleme für die Evaluation resultieren. Dabei stellte sich für die Datenfelder mit Datumsbezug heraus, dass diese bei einem höher aggregierten Niveau (Monat/Jahr, Quartal/Jahr) aus den nachfolgenden Gründen zu erheblichen Einschränkungen in der Evaluation führen würden und daher die Übermittlung der konkreten Datumsangaben notwendig ist:

Versorgungsverlauf: Im Sinne der Nachvollziehbarkeit des Versorgungsverlaufs (bestehende Komorbiditäten vor einem Eingriff, auftretende Komplikationen nach einem Eingriff, erneut notwendige Eingriffe) ist der Abgleich über das konkrete Datum notwendig. Aufgrund der zeitlich teilweise eng aufeinanderfolgenden Ereignisse kann eine Unterscheidung der Reihenfolge der Ereignisse (z.B. Ersteingriff, Folgeingriff) nur über den konkreten Datumsbezug sichergestellt werden.

Endpunkte „Mortalität“: Das Sterbedatum der bzw. des Versicherten (Datenfeld Ziffer 6 in der Tabelle zu Lunge) wird benötigt, um den Endpunkt „Mortalität“ in den Datenanalysen messen zu können. Im Beispiel der thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms liegen die Messzeitpunkte nach 30 Tagen, 90 Tagen, 120 Tagen, 12 Monaten und 24 Monaten. Die genannten Zeiträume sind dabei die aus der Literatur und den Experteninterviews abgeleiteten Zeitfenster, innerhalb derer gemessen werden soll, ob und vor allem zu welchem Zeitpunkt Patientinnen und Patienten nach einem Indexereignis (z. B. thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms) versterben. Das genaue Sterbedatum wird daher benötigt, um eine Überlebenszeitanalyse durchführen zu können, die differenzieren kann, wann eine Patientin oder ein Patient innerhalb der genannten Zeitfenster verstirbt. Es macht klinisch einen Unterschied, ob eine Patientin oder ein Patient im Beispiel der Gesamtmortalität nach 30 Tagen z. B. noch am Tag der durchgeführten thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms verstirbt oder am 30. Tag danach. Die Übermittlung „eine[r] Kombination aus Jahr und Quartal oder Jahr und Kalendermonat“ des eigentlichen Sterbedatums würde hier zu einer erheblichen Unschärfe führen.

Endpunkt „Tödliche Komplikationen“: Die Zeitfenster, in denen im Zuge der Evaluation geprüft werden soll, ob eine Komplikation auftritt und im Anschluss ein Versterben der Patientin oder des Patienten vorliegt, betragen 30, 90 und 120 Tage nach Indexereignis (thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms). Das exakte Sterbedatum wird benötigt, um feststellen zu können, ob das Versterben nach Auftreten einer therapiebedingten Komplikation innerhalb der genannten Zeitfenster erfolgt. Auch hier würde die Übermittlung „eine[r] Kombination aus Jahr und Quartal oder Jahr und Kalendermonat“ des eigentlichen Sterbedatums zu einer erheblichen Unschärfe führen.

Risikoadjustierung / Endpunkt „therapiebedingte Komplikationen“: Die Datenfelder mit den Ziffern 31, 32 sowie 42, 43 sowie 53, 54 beziehen sich auf ambulant bzw. ambulant-stationär gestellte Diagnosen. Das jeweilige verfügbare Datum dieser Diagnosen von Komorbiditäten ist von Relevanz, da nach Evaluationsplan für die Mm-R Lunge für die Risikoadjustierung bestenfalls Komorbiditäten im Zeitraum 12 Monate vor Indexereignis (thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms) erfasst werden sollen. Ist das Datum der Diagnose unbekannt, kann eine Zuordnung in dieses Zeitintervall im Zuge der Evaluation nicht vorgenommen werden. Das Datenfeld mit der Ziffer 14 „Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird“ bezieht sich auf stationäre Daten und wird benötigt, um den jeweiligen Krankenhausaufenthalt im Versorgungsablauf während des Evaluationszeitraums abzubilden. Der Aufnahmetag des Falles, an dem die bzw. der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird, wird zuerst als Aufgreifkriterium benötigt, um den Beginn des Krankenhausaufenthalts zu identifizieren, bei dem der Indexeingriff durchgeführt wird. Zudem wird das Datenfeld zur Identifikation weiterer auf den Indexeingriff folgende Krankenhausaufenthalte des Falles benötigt, bei denen weitere thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms durchgeführt werden und/oder Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden, die therapiebedingte Komplikationen definieren. Letztere Informationen sind somit für die Messung der Endpunkte relevant.

Zu Nummer 4.2 Erforderlichkeit einer Vollerhebung

Die Erforderlichkeit der Vollerhebung ist gemäß § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V in Anhang 2 Nummer II. 4.2 dargelegt. Die Erforderlichkeit der Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V begründet sich hiernach methodisch mit dem Untersuchungsgegenstand der Evaluation der vom G-BA festgelegten Mindestmengen. Dafür sind Berechnungen des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs der jeweiligen Mindestmenge und Veränderungen in der Versorgung auf Grundlage einer zeitlich eingegrenzten Stichprobe von allen Fällen, die unter die Mindestmengenregelung fallen, unerlässlich. Für die wissenschaftliche Prüfung oder Darstellung des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs sowie zur Analyse der Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen ist es methodisch zwingend erforderlich, alle im Fokus des zu untersuchenden Zusammenhangs stehenden Interventionsereignisse (Operationen) an allen Standorten für einen bestimmten Zeitraum vollständig zu erfassen. Mit einer Stichprobe aus der Gesamtfallzahl des hier festgelegten Untersuchungszeitraums können ein solcher Zusammenhang sowie Veränderungen in den Versorgungsstrukturen nicht methodisch suffizient berechnet werden.

Zu Nummer 4.3 Übermittlung an die Vertrauensstelle

Die Vertrauensstelle gemäß § 9 Absatz 3 Satz 4 i. V. m. Teil 1 § 11 DeQS-RL ist allein zu dem Zweck eingerichtet, Patientendaten aus unterschiedlichen Behandlungsfällen, von unterschiedlichen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern oder unterschiedlichen Kostenträgern versichertenbezogen zusammenzuführen. Bei der Evaluation dieses Leistungsbereiches macht die Datenanalyse dies erforderlich, sodass der G-BA auch die Übermittlung der lebenslangen Versichertennummer gemäß § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V beschließt (Tabelle Zeile 8), weil nur damit eine versichertenbezogene Zusammenführung der

Daten möglich ist. Die Vertrauensstelle pseudonymisiert nach Zusammenführung der Daten die lebenslange Versichertennummer und übermittelt den zusammengeführten Datensatz an den vorgesehenen Datenempfänger.

In diesem Leistungsbereich werden die erforderlichen Daten bereits in der für die Auswirkungsanalyse erforderlichen zusammengeführten Form von den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt, sodass eine Zusammenführung durch die Vertrauensstelle nicht erforderlich ist. Aus diesem Grund enthält der zur Datennutzung bestimmte Datensatz im Rahmen der Evaluation der Mindestmenge für die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen nicht die lebenslange Versichertennummer.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Die zuständige AG des G-BA hat am 17. Februar 2026 die Beratungen über Änderungen der Mm-R zur Weiterentwicklung auf Grundlage von Sozialdaten aufgenommen und das Thema in zwei Sitzungen weiter beraten.

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am 6. Mai 2026 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 18. Juni 2026 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 der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mm-R Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind. Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 25. März 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 31. März 2026 eingeleitet. Die der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 1**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 28. April 2026.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom 14. April 2026 mitgeteilt, keine Stellungnahme zum Beschlussentwurf abzugeben (**Anlage 2**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2026 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

Anlage 2: Schreiben der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vom 14. April 2026

Berlin, den 18. Juni 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Mindestmengenregelungen (Mm-R):
Ergänzung des Anhangs 2: Weiterentwicklung auf Grundlage
von Sozialdaten u.a.

Stand: 25.03.2026, nach UA QS

Legende:

Redaktionell von der G-BA-GS anzupassende Passagen sind **grau** hinterlegt.

Vom **18. Juni 2026**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **18. Juni 2026** beschlossen, die Mindestmengenregelungen in der Fassung vom 21. März 2006 (BANz S. 5389), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom **21. Mai 2026** (BANz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Nummer 6 der Anlage wird wie folgt geändert:

1. In der Tabelle 1 (OPS-Kodes) wird die Zeile mit dem OPS-Kode „5-822.j0“ gestrichen.
2. Die Tabelle 2 (ICD-Kodes) wird durch die folgende Tabelle 2 (ICD-Kodes) ersetzt:

ICD-10-GM Version 2026	
„C 40.2	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels * Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten * Lange Knochen der unteren Extremität
C 49.2	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes * Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe * Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte“

II. In Nummer 8 der Anlage wird die Tabelle 2 (ICD-Kodes) durch die folgende Tabelle ersetzt:

ICD-10-GM Version 2026	
„C 40.2	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels * Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten * Lange Knochen der unteren Extremität
C 49.2	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes * Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe * Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte“

III. In Nummer 10 der Anlage wird unter der Überschrift „Berechnung der Leistungsmenge“ die Angabe „Nummer 9“ durch die Angabe „Nummer 10“ ersetzt.

- IV. In Nummer 11 der Anlage wird unter der Überschrift „Berechnung der Leistungsmenge“ die Angabe „Nummer 10“ durch die Angabe „Nummer 11“ ersetzt.
- V. In Nummer 13 der Anlage unter der Überschrift „Berechnung der Leistungsmenge“ wird jeweils die Angabe „Nummer 12“ durch die Angabe „Nummer 13“ ersetzt.
- VI. In Nummer 14 der Anlage unter der Überschrift „Berechnung der Leistungsmenge“ wird jeweils die Angabe „Nummer 13“ durch die Angabe „Nummer 14“ ersetzt.
- VII. Der Besondere Teil des Anhangs 2 (zu § 9 Mm-R) wird wie folgt geändert:
 - 1. In der Überschrift „2. Nummer 8 der Anlage: Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1 250 g“ wird die Angabe „Nummer 8“ durch die Angabe „Nummer 9“ ersetzt.
 - 2. In Absatz 1 des Abschnitts „2.1 Festlegung der erforderlichen Sozialdaten“ wird die Angabe „Nummer 8“ durch die Angabe „Nummer 9“ ersetzt.
 - 3. In Absatz 2 des Abschnitts „2.1 Festlegung der erforderlichen Sozialdaten“ wird jeweils die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.
 - 4. Nach dem Abschnitt „2. Nummer 8 der Anlage: Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1 250 g“ werden die folgenden Abschnitte 3 und 4 eingefügt:

„3. Nummer 4 der Anlage: Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene:

3.1 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 2026 mindestens ein komplexer Eingriff am Organsystem Pankreas im Anwendungsbereich der zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung maßgeblichen Fassung der Anlage Nummer 4 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 90 Tagen 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
8.	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatu s		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
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
13.	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA .Standortnummer@stdnum mer		X	X		X
14.	Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Auf- nahmetag@aufndatum		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 der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL .Tag der Entlassung/Verlegung@entl datum	X	X	X	X	
17.	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL .Entlassungs- /Verlegungsgrund@entlgru nd		X			

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
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.Diagnoseschlüssel@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.	Alle verfügbaren Nebendiagnosen, 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.Diagnoseschlüssel@icd		X	X		
21.	Alle verfügbaren sekundären Nebendiagnosen, 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		

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
22.	Alle verfügbaren Prozeduren eines Falles; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB .Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		
23.	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB .Operationstag@datum		X	X		
24.	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)	inpatient_interrupt(301.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X		X	
25.	Aufnahmediagnose	301.Aufnahmesatz.EAD.Aufnahmediagnose.Diagnoseschlüssel@aufnahme_icd		X	X		
26.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(kh_ambo)@quelle					X
27.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	X
28.	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
29.	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer				X	X
30.	Tag des Zugangs	Kh_ambo.Ambulante Operationen.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum			X		

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
31.	Alle verfügbaren Behandlungsdiagnosen des Falles, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlung sdiag- nose.Diagnoseschlüssel@ic d			X		
32.	Alle verfügbaren Sekundär-Diagnosen, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär- Diagnose.Diagnoseschlüssel @icd_sek			X		
33.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295k)@quelle					X
34.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295k.INL.1/1.2)@a rt				X	X
35.	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kv region				X	X
36.	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer				X	
37.	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer				X	
38.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (NBSNR)	cp_type(295k.LED.5/5.2.1) @art				X	X
39.	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@ kvregion				X	X
40.	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitr aum.3/3.3.1@beginndatum			X		
41.	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitr aum.3/3.3.2@endedatum			X		

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
42.	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1 @icd			X		
43.	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2 @sicherheit			X		
44.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle					X
45.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2. 3 Betriebsstättennummer)@a rt				X	X
46.	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
47.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	X
48.	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnu ng.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des				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
		Leistungserbringers)@bund esland					
49.	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2. 3 Betriebsstättennummer@n ummer				X	X
50.	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@num mer				X	X
51.	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abre chnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@be ginndatum			X		
52.	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abre chnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@en dedatum			X		
53.	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diag			X		

	Feldname	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	Aufgreif- kriterium – Index- eingriff	Endpunkt	Risikoadjustierung / Stratifizierung	Validierung der Daten	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
		nose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd					
54.	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diag nose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicher heit			X		
55.	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diag nose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum			X		

3.2 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. 3.1 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 Pankreas 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.

3.3 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. 3 zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung unmittelbar an das IQTIG zu übermitteln.

4. Nummer 11 der Anlage: Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen:

4.1 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 2026 ein Lungenkarzinom mindestens einmal im Anwendungsbereich der zum jeweiligen Zeitpunkt der Leistungserbringung maßgeblichen Fassung der Anlage Nummer 11 zu diesen Regelungen thoraxchirurgisch behandelt 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	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
	(Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)						
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 KH 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 der selben 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	X		
19.	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiag- nosen 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		
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	X		
21.	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen	301.Entlassungsanzeige.ND G.Sekundär-	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
	werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose 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.Prozedurenschlü ssel@ops	X	X	X		
23.	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB .Operationstag@datum	X	X	X		
24.	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)	inpatient_interrupt(301.Ent lassungsanzeige.ETL.Entlass ungs- /Verlegungsgrund)@khunte rbrechung		X		X	
25.	Aufnahmediagnose	301.Aufnahmesatz.EAD.Auf nahmediagnose.Diagnosesc hlüssel@aufnahme_icd	X	X	X		
26.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(kh_ambo)@quelle					X
27.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(kh_ambo.Ambulan te Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	X
28.	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(kh_ambo.Ambula nte Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X	X
29.	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
30.	Tag des Zugangs	Kh_ambo.Ambulante Operationen.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum			X		
31.	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Se-kundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlung sdiag- nose.Diagnoseschlüssel@ic d			X		
32.	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		
33.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295k)@quelle					X
34.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295k.INL.1/1.2)@a rt				X	X
35.	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kv region				X	X
36.	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer				X	
37.	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer				X	
38.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (NBSNR)	cp_type(295k.LED.5/5.2.1) @art				X	X
39.	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@ kvregion				X	X
40.	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
41.	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeit aum.3/3.3.2@endedatum			X		
42.	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1 @icd			X		
43.	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2 @sicherheit			X		
44.	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle					X
45.	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2. 3 Betriebsstättennummer)@a rt				X	X
46.	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
47.	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
48.	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnu ng.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bund esland				X	X
49.	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2. 3 Betriebsstättennummer@n ummer				X	X
50.	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@num mer				X	X
51.	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abre chnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@be ginndatum			X		
52.	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abre chnungszeitraum.12/12.2.2 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					
53.	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		
54.	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diag nose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicher heit			X		
55.	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diag nose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum			X		

4.2 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. 4.1 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 thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms wird bundesweit selten gestellt, sodass es sich um seltene Leistungen 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 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.

4.3 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. 4 zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung unmittelbar an das IQTIG zu übermitteln.“

VIII. Die Änderung der Regelungen gemäß I. bis VII.3. tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2026 in Kraft. Die Änderung der Regelungen gemäß VII.4. 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 18. Juni 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R):
Ergänzung des Anhangs 2: Weiterentwicklung auf Grundlage
von Sozialdaten u.a.

Stand: 31.03.2026, nach UA QS vom 25.03.2026 und nach Maßgabe der Beratungen erfolgten
Ergänzungen

Vom 18. Juni 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	14
4.	Verfahrensablauf	14
5.	Fazit	14
6.	Zusammenfassende Dokumentation	15

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 erfolgt zunächst eine klarstellende Berichtigung der mit Beschlüssen vom 18. Dezember 2025 für die Mindestmengen „Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)“ und „Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen“ festgelegten OPS- und ICD-10-GM-Kataloge. Die darüber hinaus vorgenommene Ergänzung des Anhangs 2 der Mm-R dient der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des § 299 Absatz 1a SGB V, wonach die Krankenkassen befugt und verpflichtet sind, nach § 284 Absatz 1 SGB V erhobene und gespeicherte Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung u. a. nach § 137a Absatz 3 SGB V zu verarbeiten, soweit dies erforderlich und u. a. in Beschlüssen nach § 136b SGB V vorgesehen ist.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zur Anpassung von Nummer 6 und Nummer 8 der Anlage:

Mit Beschluss des G-BA vom 18. Dezember 2025 wurden in der Anlage (Mindestmengenkatalog) der Mindestmengenregelungen (Mm-R) u. a. die Mindestmenge für den Leistungsbereich Nr. 6 „*Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)*“ geändert und die Mindestmenge für den Leistungsbereich Nr. 8 „*Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen*“ neu aufgenommen.

Die Mindestmengenregelungen des Leistungsbereichs Knie-TEP finden hierbei Anwendung auf diejenigen Leistungen, die gemäß dem im Beschluss tabellarisch festgelegten Katalog mit einem OPS-Code in Kombination mit einem ICD-Code aus der ebenfalls im Beschluss festgelegten Tabelle zu verschlüsseln sind. Die maßgeblichen OPS-Kodes wurden hierbei auf Grundlage des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS Version 2026)“ mit Stand vom 24. Oktober 2025 festgelegt.

Mit dem vorliegenden Änderungsbeschluss war der für die Mindestmenge Knie-TEP festgelegte OPS-Katalog durch Streichung des OPS-Kodes 5-822.j0 mit Wirkung vom 1. Januar 2026 klarstellend zu berichtigen, da dieser Code nach der maßgeblichen Version des OPS 2026 (Stand: 24. Oktober 2025) in der einbezogenen Codegruppe 5-822.j** *Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit* nicht abgebildet ist und demnach auch nicht verschlüsselt werden kann.

Daher erfolgt durch die Streichung des OPS-Kodes 5-822.j0 die klarstellende Berichtigung des für die Mindestmenge festgelegten OPS-Katalogs im Hinblick auf die bei dem vorgenannten Fünfsteller nicht kodierfähigen Sechsteller. Die Codes der vorgenannten Kategorien sind daher nun gemäß der OPS Version 2026 gültigen sechsten Stelle im Mindestmengenkatalog definiert.

Darüber hinaus wurden die in den sowohl für den Leistungsbereich Knie-TEP wie auch für den Leistungsbereich Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen festgelegten ICD-10-GM-

Katalogen festgelegten Klassentitel redaktionell an die offiziellen Bezeichnungen des vom BfArM im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – German Modification“ (ICD-10-Version 2026)“ mit Stand vom 18. September 2026 angepasst.

Zur Anpassung von Angaben zur Nummerierung der Mindestmengenleistungsbereiche in den Nummern 10, 11, 13 und 14 der Anlage sowie im Anhang 2

Mit der Ergänzung von Nummer 8 der Anlage der Mm-R (Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen) durch Beschluss vom 18. Dezember 2026 wurden die bis zum 31. Dezember 2025 bestehenden Nummern 8 bis 13 der Anlage zu Nummern 9 bis 14. In diesem Zusammenhang wurden Folgeanpassungen im Regelungstext erforderlich, die mit dem vorliegenden Änderungsbeschluss redaktionell nachvollzogen werden.

Zur Ergänzung von Anhang 2

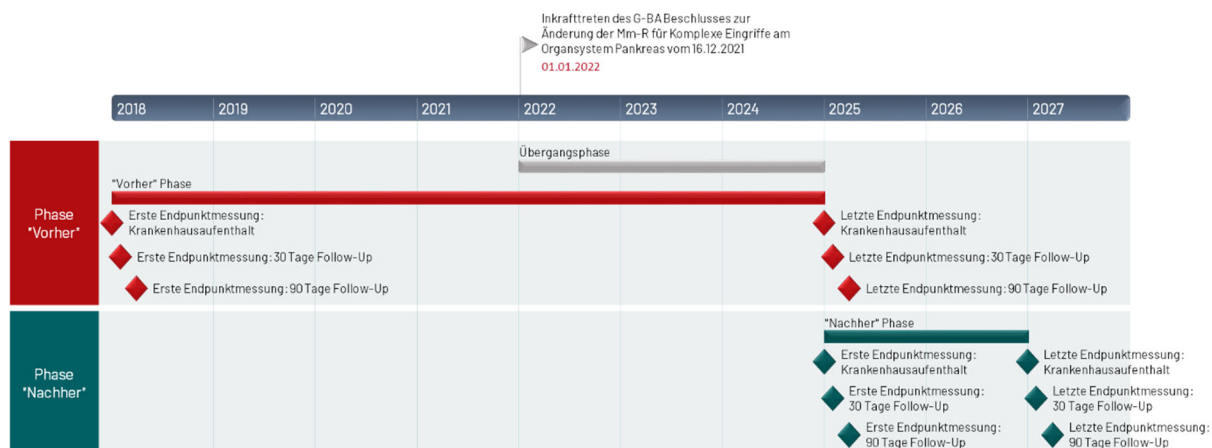
Im Besonderen Teil des Anhangs 2 werden jeweils spezifisch für die in der Anlage bestimmten Mindestmengen insbesondere die gemäß § 9 Absatz 1 Satz 2 zu verarbeitenden Sozialdaten sowie deren zweckgebundene Erforderlichkeit festgelegt, ferner jeweils klarstellend bestimmt, ob die DAS-KK gemäß § 9 Absatz 3 Satz 3 den Datensatz zusammen mit den Ergebnissen ihrer Prüfung unmittelbar an das IQTIG oder gemäß § 9 Absatz 3 Satz 4 zunächst an die Vertrauensstelle gemäß Teil 1 § 11 DeQS-RL zu übermitteln hat und 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.

Zu Nummer 3 [betr. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene]

Zu Nummer 3.1 Festlegung der erforderlichen Sozialdaten

Mit Nummer II. 3.1 der Anlage 2 werden gemäß § 9 Absatz 1 diejenigen Sozialdaten konkret festgelegt, welche der G-BA auf Basis des Evaluationsplanes des IQTIG vom 14. März 2025 zur Auswirkungsanalyse der Änderung der Mindestmenge „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene“ mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 fachlich für erforderlich erachtet. Gemäß Evaluationsplan sind dazu alle in der Tabelle benannten Datensätze von allen durch die Operationalisierung der Leistung umfassten Versicherten aus den Jahren 2018 bis 2026 fachlich erforderlich. Der Zeitraum ergibt sich wie folgt aus der erforderlichen Analyse der Versorgungsvor- und -nachteile der Änderung der Mindestmenge.

Zur Veranschaulichung der relevanten Datenjahre wird hier Abb. 6 des Evaluationsplanes (Quelle IQTIG) eingefügt:



Die Mindestmenge Pankreaseingriffe trat zum 1. Januar 2022 in Kraft und wurde für ihre Beschlusskomponenten mit unterschiedlichen Übergangsfristen ausgestattet. Für die

Berechnung der Leistungsmenge des Kalenderjahres 2021 und der ersten zwei Quartale des Kalenderjahres 2022 waren neben den in Nummer 4 der Anlage aufgeführten OPS-Kodes auch die OPS-Kodes 5-525.3 und 5-525.4 anrechenbar. In den Kalenderjahren 2022 und 2023 galt übergangsweise jeweils eine Mindestmenge von 10 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Im Kalenderjahr 2024 galt übergangsweise eine Mindestmenge von 15 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Die Analyse der Versorgungsvor- und -nachteile umfasst regelhaft eine Betrachtung des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhanges vor Inkrafttreten des Beschlusses und desselben Zusammenhanges nach vollständiger Wirksamkeit und Umsetzung desselben – also nach Ablauf aller Übergangsregelungen. Das letzte Jahr vor Inkrafttreten war 2021. Für dieses Jahr musste demnach keine Prognose nach der zu evaluierenden neuen Regelung abgegeben werden. Das erste Jahr der vollständigen Wirksamkeit des Beschlusses, in dem nicht auf Zeiträume aus den Übergangsfristen zurückgegriffen wird, ist das Kalenderjahr 2025.

Um in der Evaluation eine Vorher-Nachher Betrachtung hinsichtlich der Änderung der Mm-R zu ermöglichen, ist die Einbindung von Kalenderjahren vor der Änderung der Mm-R notwendig (Verweis auf Evaluationsplan). Die Kalenderjahre 2018-2024 liegen entsprechend Evaluationsplan vollständig vor der regulatorischen Wirkung der Änderung der Mm-R zum 1. Januar 2022 und bilden somit den „Vorher“-Zeitraum ab, während die Kalenderjahre ab 2025 den „Nachher“-Zeitraum abbilden (Verweis auf Evaluationsplan).

Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden durch das IQTIG als einzige Datenquelle identifiziert, die es ermöglicht, eine Risikoadjustierung hinsichtlich relevanter Komorbiditäten (ICD) und vorherigen komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas (OPS) durchzuführen und Endpunkte, die über den Krankenhausaufenthalt des Indexeingriffs hinausgehen, beobachten zu können. Für die Risikoadjustierung wird auf den Zeitraum 12 Monate vor dem Indexeingriff zurückgeblickt und überprüft, ob in dieser Zeit eine relevante Komorbidität oder ein vorheriger Eingriff am Organsystem Pankreas für den jeweiligen Versichertenfall dokumentiert wurde. Das für die Risikoadjustierung relevante Zeitfenster umfasst deshalb insgesamt den Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2025. Die Endpunkte werden ausgehend vom Indexeingriff entsprechend der im Evaluationsplan definierten Zeitintervalle prospektiv erfasst (14 Tage, 30 Tage oder 90 Tage). Es wird überprüft, ob in den für den jeweiligen Endpunkt definierten Zeitintervallen eine relevante Komplikation oder der Tod des Versichertenfalls dokumentiert wird. Das Zeitfenster für das Auftreten dieser Endpunkte umfasst insgesamt den Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2018 und dem 31. März 2027.

Insofern startet die Datennutzung dieser Evaluation mit dem Jahr 2017.

Tabelle:

Das Datenfeld 1 dient der Zuordnung der gelieferten Daten zur jeweiligen Krankenkasse. Die Datenfelder 2 und 3 sind erforderlich, um die gelieferten Daten zu plausibilisieren.

Das Datenfeld 4 ist für die Risikoadjustierung mittels statistischer Modellierung oder Stratifizierung notwendig. Das Datenfeld 5 dient der Ermittlung des Anwendungsbereichs der Mindestmenge, denn die Mindestmenge ist ausschließlich für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas bei Erwachsenen festgelegt. Das Datenfeld ist insoweit erforderlich, um festzustellen, ob der Patient ein Erwachsener ist (Alter ≥ 18 Jahre). Zusätzlich ist dieses Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich und dient im Weiteren der Fallidentifikation. Datenfeld 6 dient der Berechnung der Endpunkte „Gesamtmortalität“ nach 30 und 90 Tagen. Zusätzlich erfolgt hierüber die Berechnung des Überlebenszeitraums nach dem Indexeingriff. Die Datenfelder 7 und 8 dienen der Prüfung, inwieweit die Verlegungskette vollständig dargestellt werden kann. Sie sind zur Prüfung erforderlich, ob für den jeweiligen Versicherten

ein Endpunkt beobachtet werden kann oder der Versicherte zum Zeitpunkt des letzten verfügbaren Stichtags als „lost to follow-up“ gelten muss. Darüber hinaus sind diese Datenfelder notwendig, um sicherzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient zum Zeitpunkt der Erhebung gesetzlich versichert war.

Das Datenfeld 9 dient der Zuordnung der gelieferten Daten zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 10 ist zur korrekten Zuordnung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung und zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 11 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Die Datenfelder 12 und 13 dienen der Identifizierung von Einrichtungen, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen sowie der Zuordnung der Leistungsmenge zur Leistungserbringerin oder zum Leistungserbringer. Die Zuordnung der Leistungen zur jeweiligen Leistungserbringerin oder zum jeweiligen Leistungserbringer ist für die Analyse der Endpunkte bedeutsam, da erst hierdurch Gruppenvergleiche ermöglicht werden. Im Weiteren kann hierdurch mittels statistischer Methoden dafür Sorge getragen werden, dass Behandlungsergebnisse von Fällen, die von derselben Einrichtung behandelt werden (sog. Cluster) im Allgemeinen korreliert sind. Das Datenfeld 14 dient der Identifizierung des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff durchgeführt wird sowie der Identifizierung weiterer, auf den Indexeingriff folgender Krankenhausaufenthalte, bei denen weitere Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durchgeführt werden und/oder Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden, die therapiebedingte Komplikationen definieren. Des Weiteren ist das Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm sichergestellt werden kann, dass die betreffende Komorbidität in einem Krankenhausaufenthalt in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff am Ösophagus für den jeweiligen Fall dokumentiert wurde. Datenfeld 15 ist zur Identifizierung des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff vorgenommen wurde, bei verlegten Patientinnen und Patienten erforderlich und dient der Validierung des Indexfalles. Das Datenfeld 16 dient sowohl der Identifizierung des Endes des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff durchgeführt wird, als auch der Abbildung der vorangehenden und nachfolgenden Krankenhausaufenthalte. Es wird benötigt, um weitere, auf den Indexeingriff folgende Krankenhausaufenthalte zu identifizieren, bei denen weitere komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durchgeführt wurden bzw. Diagnosen/Prozeduren dokumentiert wurden, die eine therapiebedingte Komplikation definieren. Das Datenfeld 17 ist für die Darstellung des Endpunktes „Gesamtmortalität“ nach 30 und 90 Tagen erforderlich. Die Datenfelder 18 bis 21 dienen der Darstellung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Weiterhin ist es für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten aufgetreten sind. Datenfeld 22 dient der Ermittlung des Anwendungsbereichs der Mindestmenge. Dieses Datenfeld dient im Weiteren der Darstellung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Das Datenfeld 23 ist für die Zuordnung der Indexeingriffe in den Evaluationszeitraum erforderlich und dient weiterhin für die zeitliche Zuordnung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Es ist im Weiteren für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob nach dem Indexeingriff weitere Folgeeingriffe am Organsystem Pankreas für den betreffenden Fall erfolgten. Datenfeld 24 ist für die Prüfung des Vorhandenseins einer vollständig abgebildeten Verlegungskette erforderlich. Datenfeld 25 ist für die Unterscheidung von Aufnahmediagnosen von Komplikationen notwendig.

Datenfeld 26 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 27 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 28 dient der

Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Das Datenfeld 29 ist zur Plausibilisierung der gelieferten Daten erforderlich. Datenfeld 30 ist für die Risikoadjustierung erforderlich. Mittels dieses Datenfeldes, das Auskunft über das Datum der Leistungserbringung gibt, kann sichergestellt werden, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff am Pankreas für den jeweiligen Fall dokumentiert wurde. Die Datenfelder 31 und 32 dienen der Risikoadjustierung. Über diese Datenfelder wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind.

Datenfeld 33 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 34 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Die BSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 35 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 34 eine BSNR angegeben wurde. Die Datenfelder 36 und 37 dienen der Plausibilisierung der gelieferten Daten. Datenfeld 38 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR bzw. NBSNR) erforderlich. Die NBSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 39 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 37 eine NBSNR angegeben wurde. Die Datenfelder 40 und 41 sind für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber dargestellt wird, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde. Das Datenfeld 42 dient der Risikoadjustierung. Über dieses Datenfeld wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind. Das Datenfeld 43 ist für die Risikoadjustierung erforderlich, da es die Sicherheit der Diagnose der Komorbidität angibt.

Datenfeld 44 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 45 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Die BSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 46 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 45 eine BSNR angegeben wurde. Datenfeld 47 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 48 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Die Datenfelder 49 und 50 dienen der Plausibilisierung der gelieferten Daten. Die Datenfelder 51 und 52 sind für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber dargestellt wird, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde. Das Datenfeld 53 dient der Risikoadjustierung. Über dieses Datenfeld wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind. Das Datenfeld 54 ist für die Risikoadjustierung 12 erforderlich, da es die Sicherheit der Diagnose der Komorbidität angibt. Das Datenfeld 55 ist für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber gewährleistet wird, dass die entsprechende Komorbidität innerhalb von 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde.

Für alle abgeleiteten Datenfelder wurde geprüft, ob ein höheres Aggregationsniveau der zu übermittelnden Informationen möglich ist, ohne dass daraus Probleme für die Evaluation re-

sultieren. Dabei stellte sich für die Datenfelder mit Datumsbezug heraus, dass diese bei einem höher aggregierten Niveau (Monat/Jahr, Quartal/Jahr) aus den nachfolgenden Gründen zu erheblichen Einschränkungen in der Evaluation führen würden und daher die Übermittlung der konkreten Datumsangaben notwendig ist:

Versorgungsverlauf: Im Sinne der Nachvollziehbarkeit des Versorgungsverlaufs (bestehende Komorbiditäten vor einem Eingriff, auftretende Komplikationen nach einem Eingriff) ist der Abgleich über das konkrete Datum notwendig. Aufgrund der zeitlich teilweise eng aufeinanderfolgenden Ereignisse kann die notwendige Unterscheidung der Reihenfolge der Ereignisse (z.B. Komplikation folgt auf Eingriff) nur über den konkreten Datumsbezug sichergestellt werden.

Endpunkte „Mortalität“: Das Sterbedatum des Versicherten (Datenfeld Ziffer 6 in der Tabelle für Pankreas) wird benötigt, um den Endpunkt „Mortalität“ in den Datenanalysen messen zu können. Im Beispiel der Eingriffe am Pankreas liegen die Messzeitpunkte nach 30 und nach 90 Tagen. Die genannten Zeiträume sind dabei die aus der Literatur und den Experteninterviews abgeleiteten Zeitfenster innerhalb derer gemessen werden soll, ob und vor allem zu welchem Zeitpunkt Patientinnen und Patienten nach einem Indexereignis (z. B. Operation am Pankreas) versterben. Das genaue Sterbedatum wird daher benötigt, um eine Überlebenszeitanalyse durchführen zu können, die differenzieren kann, wann eine Patientin oder ein Patient innerhalb der genannten Zeitfenster verstirbt. Es macht klinisch einen Unterschied, ob eine Patientin oder ein Patient im Beispiel der Gesamtmortalität nach 30 Tagen z. B. noch am Tag der durchgeführten Operation am Pankreas verstirbt oder am 30. Tag danach. Die Übermittlung „eine[r] Kombination aus Jahr und Quartal oder Jahr und Kalendermonat“ des eigentlichen Sterbedatums würde hier zu einer für die Evaluation problematischen Unschärfe führen.

Endpunkt „Tödliche Komplikationen“: Die Zeitfenster, in denen im Zuge der Evaluation geprüft werden soll, ob eine Komplikation auftritt und im Anschluss ein Versterben der Patientin oder des Patienten vorliegt, betragen 30 und 90 Tage nach Indexereignis („Eingriff am Pankreas“). Das exakte Sterbedatum wird benötigt, um feststellen zu können, ob das Versterben nach Auftreten einer therapiebedingten Komplikation innerhalb der genannten Zeitfenster erfolgt. Auch hier würde die Übermittlung „eine[r] Kombination aus Jahr und Quartal oder Jahr und Kalendermonat“ des eigentlichen Sterbedatums zu einer für die Evaluation problematischen Unschärfe führen.

Risikoadjustierung / Endpunkt „therapiebedingte Komplikationen“: Die Datenfelder mit den Ziffern 31, 32 sowie 42, 43 sowie 53 sowie 54 beziehen sich auf ambulant bzw. ambulant-stationär gestellte Diagnosen. Das jeweilige verfügbare Datum dieser Diagnosen ist von Relevanz, da nach Evaluationsplan für die Mm-R Pankreas für die Risikoadjustierung bestenfalls ausschließlich Komorbiditäten im Zeitraum 12 Monate vor Indexereignis (Operation am Pankreas) erfasst werden sollen. Ist das Datum der Diagnose unbekannt, kann eine Zuordnung in dieses Zeitintervall im Zuge der Evaluation nicht vorgenommen werden. Das Datenfeld mit der Ziffer 14 „Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird“ bezieht sich auf stationäre Daten und wird benötigt, um den jeweiligen Krankenhausaufenthalt im Versorgungsablauf während des Evaluationszeitraums abzubilden. Der Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird, wird zuerst als Aufgreifkriterium benötigt, um den Beginn des Krankenhausaufenthalts zu identifizieren, bei dem der Indexeingriff durchgeführt wird. Zudem wird das Datenfeld zur Identifikation weiterer auf den Indexeingriff folgende Krankenhausaufenthalte des Falles benötigt, bei denen weitere Eingriffe am Organsystem Pankreas durchgeführt werden und/oder Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden, die therapiebedingte Komplikationen definieren. Letztere Informationen sind somit für die Messung der Endpunkte relevant.

Zu Nummer 3.2 Erforderlichkeit einer Vollerhebung

Die Erforderlichkeit der Vollerhebung ist gemäß § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V in Anhang 2 Nummer II. 3.2 dargelegt. Die Erforderlichkeit der Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V begründet sich hiernach methodisch mit dem Untersuchungsgegenstand der Evaluation der vom G-BA festgelegten Mindestmengen. Dafür sind Berechnungen des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs der jeweiligen Mindestmenge und Veränderungen in der Versorgung auf Grundlage einer zeitlich eingegrenzten Stichprobe von allen Fällen, die unter die Mindestmengenregelung fallen, unerlässlich. Für die wissenschaftliche Prüfung oder Darstellung des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs sowie zur Analyse der Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen ist es methodisch zwingend erforderlich, alle im Fokus des zu untersuchenden Zusammenhangs stehenden Interventionsereignisse (Operationen) an allen Standorten für einen bestimmten Zeitraum vollständig zu erfassen. Mit einer Stichprobe aus der Gesamtfallzahl des hier festgelegten Untersuchungszeitraums können ein solcher Zusammenhang sowie Veränderungen in den Versorgungsstrukturen nicht methodisch suffizient berechnet werden.

Zu Nummer 3.3 Übermittlung an die Vertrauensstelle

Die Vertrauensstelle gemäß § 9 Absatz 3 Satz 4 i. V. m. Teil 1 § 11 DeQS-RL ist allein zu dem Zweck eingerichtet, Patientendaten aus unterschiedlichen Behandlungsfällen, von unterschiedlichen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern oder unterschiedlichen Kostenträgern versichertenbezogen zusammenzuführen. Sofern eine Datenanalyse im Auftrage des G-BA dies erforderlich macht, beschließt der G-BA auch die Übermittlung der lebenslangen Versichertennummer gemäß § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V, weil nur damit eine versichertenbezogene Zusammenführung der Daten möglich ist. Die Vertrauensstelle pseudonymisiert nach Zusammenführung der Daten durch die DAS-KK die lebenslange Versichertennummer und übermittelt den zusammengeführten Datensatz an den vorgesehenen Datenempfänger.

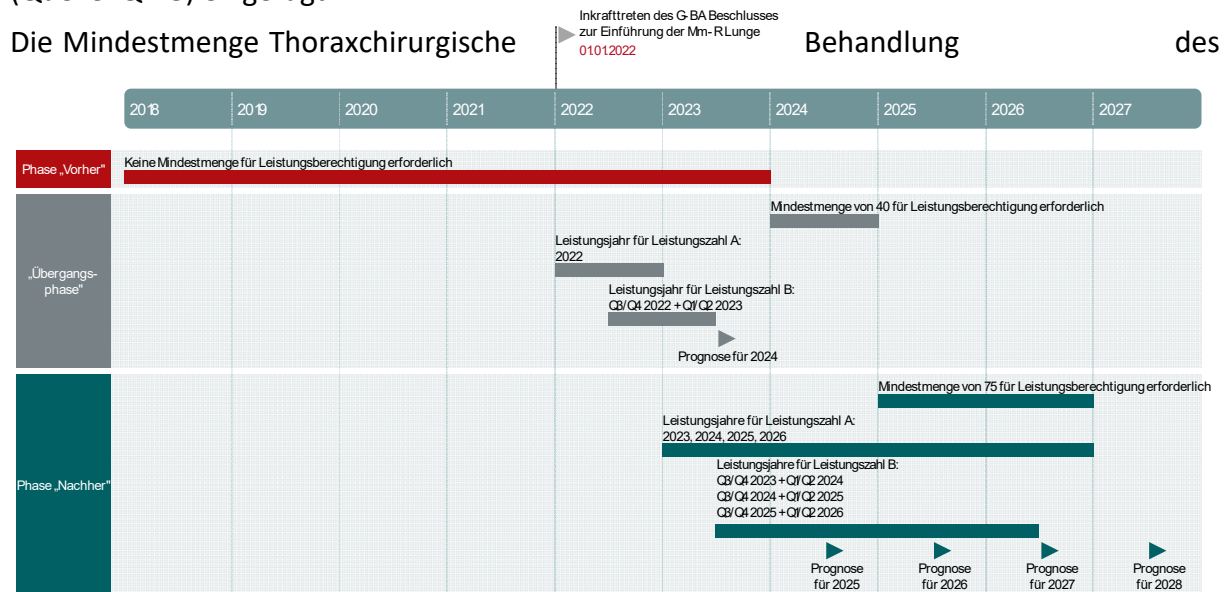
In diesem Leistungsbereich werden die erforderlichen Daten bereits in der für die Auswirkungsanalyse erforderlichen zusammengeführten Form von den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt, sodass eine Zusammenführung durch die Vertrauensstelle nicht erforderlich ist. Aus diesem Grund enthält der zur Datennutzung bestimmte Datensatz im Rahmen der Evaluation der Mindestmenge Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas bei Erwachsenen nicht die lebenslange Versichertennummer.

Zu Nummer 4 [Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen]

4.1 Festlegung der erforderlichen Sozialdaten

Mit Nummer II. 4.1 der Anlage 2 werden gemäß § 9 Absatz 1 diejenigen Sozialdaten konkret festgelegt, welche der G-BA auf Basis des Evaluationsplanes des IQTIG vom 19. Juni 2025 zur Auswirkungsanalyse der Änderung der Mindestmenge „Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen“ mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 fachlich für erforderlich erachtet. Gemäß Evaluationsplan sind dazu alle in der Tabelle benannten Datensätze von allen durch die Operationalisierung der Leistung umfassten Versicherten aus den Jahren 2018 bis 2026 fachlich erforderlich. Der Zeitraum ergibt sich analog zu den die Nummer 4 der Anlage 2 betreffenden Ausführungen an entsprechender Stelle.

Zur Veranschaulichung der relevanten Datenjahre wird hier Abb. 5 des Evaluationsplanes (Quelle IQTIG) eingefügt:



Lungenkarzinoms trat zum 1. Januar 2022 in Kraft und wurde für ihre Beschlusskomponenten mit unterschiedlichen Übergangsfristen ausgestattet. In den Kalenderjahren 2022 und 2023 galt übergangsweise keine Mindestmenge. Im Kalenderjahr 2024 galt übergangsweise eine Mindestmenge von 40 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Seit dem Kalenderjahr 2025 gilt eine Mindestmenge von 75 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Die Analyse der Versorgungsvor- und -nachteile umfasst regelhaft eine Betrachtung des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs vor Inkrafttreten des Beschlusses und desselben Zusammenhangs nach vollständiger Wirksamkeit und Umsetzung desselben – also nach Ablauf aller Übergangsregelungen. Das letzte Jahr vor Inkrafttreten war 2021. Für dieses Jahr musste demnach keine Prognose nach der zu evaluierenden neuen Regelung abgegeben werden. Das erste Jahr der vollständigen Wirksamkeit des Beschlusses, in dem nicht auf Zeiträume aus den Übergangsfristen zurückgegriffen wird, ist das Kalenderjahr 2025.

Um in der Evaluation eine Vorher-Nachher Betrachtung hinsichtlich der Änderung der Mm-R zu ermöglichen, ist die Einbindung von Kalenderjahren vor der Änderung der Mm-R notwendig (Verweis auf Evaluationsplan). Die Kalenderjahre 2018 bis 2023 liegen entsprechend Evaluationsplan vollständig vor der regulatorischen Wirkung der Änderung der Mm-R zum 1. Januar 2022 und bilden somit den „Vorher“-Zeitraum ab. Das Kalenderjahr 2024 umfasst den Zeitraum der Übergangsregelung, während die Kalenderjahre ab 2025 den „Nachher“-Zeitraum abbilden (Verweis auf Evaluationsplan).

Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden durch das IQTIG als einzige Datenquelle identifiziert, die es ermöglicht, eine Risikoadjustierung hinsichtlich relevanter Komorbiditäten (ICD) und vorherigen thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms (OPS + ICD) durchzuführen und Endpunkte, die über den Krankenhausaufenthalt des Indexeingriffs hinausgehen, beobachten zu können. Für die Risikoadjustierung wird auf den Zeitraum 12 Monate vor dem Indexeingriff zurückgeblickt und überprüft, ob in dieser Zeit eine relevante Komorbidität oder eine vorherige thoraxchirurgischer Behandlungen des Lungenkarzinoms für den jeweiligen Versichertenfall dokumentiert wurde. Das für die Risikoadjustierung relevante Zeitfenster umfasst deshalb insgesamt den Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2026. Die Endpunkte werden ausgehend vom Indexeingriff entsprechend der im Evaluationsplan definierten Zeitintervalle prospektiv erfasst (30 Tage, 90 Tage, 120 Tage, 12 Monate oder 24 Monate). Es wird überprüft, ob in den für den jeweiligen

Endpunkt definierten Zeitintervallen eine relevante Komplikation oder der Tod des Versichertenfalls dokumentiert wird. Das Zeitfenster für das Auftreten dieser Endpunkte umfasst insgesamt den Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2018 und dem 31. Dezember 2028.

Insofern startet die Datennutzung dieser Evaluation mit dem Jahr 2017.

Tabelle:

Das Datenfeld 1 dient der der Zuordnung der gelieferten Daten zur jeweiligen Krankenkasse. Die Datenfelder 2 und 3 sind erforderlich, um die gelieferten Daten zu plausibilisieren.

Das Datenfeld 4 ist für die Risikoadjustierung mittels statistischer Modellierung oder Stratifizierung notwendig. Das Datenfeld 5 dient der Ermittlung des Anwendungsbereichs der Mindestmenge, denn die Mindestmenge ist ausschließlich für Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen festgelegt. Das Datenfeld ist insoweit erforderlich, um festzustellen, ob der Patient ein Erwachsener ist (Alter ≥ 18 Jahre). Zusätzlich ist dieses Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich und dient im Weiteren der Fallidentifikation. Datenfeld 6 dient der Berechnung der Endpunkte „Gesamt mortalität“ nach 30, 90 und 120 Tagen. Zusätzlich erfolgt hierüber die Berechnung des Überlebenszeitraums nach dem Indexeingriff. Die Datenfelder 7 und 8 dienen der Prüfung, inwieweit die Verlegungskette vollständig dargestellt werden kann. Sie sind zur Prüfung erforderlich, ob für den jeweiligen Versicherten ein Endpunkt beobachtet werden kann oder der Versicherte zum Zeitpunkt des letzten verfügbaren Stichtags als „lost to follow-up“ gelten muss. Darüber hinaus sind diese Datenfelder notwendig, um sicherzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient zum Zeitpunkt der Erhebung gesetzlich versichert war.

Das Datenfeld 9 dient der Zuordnung der gelieferten Daten zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 10 ist zur korrekten Zuordnung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung und zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 11 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Die Datenfelder 12 und 13 dienen der Identifizierung von Einrichtungen, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen sowie der Zuordnung der Leistungsmenge zur Leistungserbringerin oder zum Leistungserbringer. Die Zuordnung der Leistungen zur jeweiligen Leistungserbringerin oder zum jeweiligen Leistungserbringer ist für die Analyse der Endpunkte bedeutsam, da erst hierdurch Gruppenvergleiche ermöglicht werden. Im Weiteren kann hierdurch mittels statistischer Methoden dafür Sorge getragen werden, dass Behandlungsergebnisse von Fällen, die von derselben Einrichtung behandelt werden (sog. Cluster) im Allgemeinen korreliert sind. Das Datenfeld 14 dient der Identifizierung des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff durchgeführt wird, sowie der Identifizierung weiterer, auf den Indexeingriff folgender Krankenhausaufenthalte, bei denen weitere thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms durchgeführt werden und/oder Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden, die therapiebedingte Komplikationen definieren. Des Weiteren ist das Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm sichergestellt werden kann, dass die betreffende Komorbidität in einem Krankenhausaufenthalt in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff einer Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms für den jeweiligen Fall dokumentiert wurde. Datenfeld 15 ist zur Identifizierung des Krankenhausaufenthaltes, in dem der Indexeingriff vorgenommen wurde, bei verlegten Patientinnen und Patienten erforderlich und dient der Validierung des Indexfalles. Das Datenfeld 16 dient sowohl der Identifizierung des Endes des Krankenhausaufenthalts, in dem der Indexeingriff durchgeführt wird, als auch der Abbildung der vorangehenden und nachfolgenden Krankenhausaufenthalte. Es wird benötigt, um weitere, auf den Indexeingriff folgende Krankenhausaufenthalte zu identifizieren, bei denen weitere thoraxchirurgische

Behandlungen des Lungenkarzinoms durchgeführt wurden bzw. Diagnosen/Prozeduren dokumentiert wurden, die eine therapiebedingte Komplikation definieren. Das Datenfeld 17 ist für die Darstellung des Endpunktes „Gesamtmortalität“ nach 30, 90 und 120 Tagen erforderlich. Die Datenfelder 18 bis 21 dienen der Darstellung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Weiterhin ist es für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten aufgetreten sind. Datenfeld 22 dient der Ermittlung des Anwendungsbereichs der Mindestmenge. Dieses Datenfeld dient im Weiteren der Darstellung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Das Datenfeld 23 ist für die Zuordnung der Indexeingriffe in den Evaluationszeitraum erforderlich und dient weiterhin für die zeitliche Zuordnung der Endpunkte „therapiebedingte Komplikationen“ und „tödliche Komplikationen“. Es ist im Weiteren für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob nach dem Indexeingriff weitere Folgeeingriffe einer thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms für den betreffenden Fall erfolgten. Datenfeld 24 ist für die Prüfung des Vorhandenseins einer vollständig abgebildeten Verlegungskette erforderlich. Datenfeld 25 ist für die Unterscheidung von Aufnahmediagnosen von Komplikationen notwendig.

Datenfeld 26 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 27 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 28 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Das Datenfeld 29 ist zur Plausibilisierung der gelieferten Daten erforderlich. Datenfeld 30 ist für die Risikoadjustierung erforderlich. Mittels dieses Datenfeldes, das Auskunft über das Datum der Leistungserbringung gibt, kann sichergestellt werden, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff der thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms für den jeweiligen Fall dokumentiert wurde. Die Datenfelder 31 und 32 dienen der Risikoadjustierung. Über diese Datenfelder wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind.

Datenfeld 33 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 34 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Die BSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 35 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 34 eine BSNR angegeben wurde. Die Datenfelder 36 und 37 dienen der Plausibilisierung der gelieferten Daten. Datenfeld 38 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR bzw. NBSNR) erforderlich. Die NBSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 39 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 37 eine NBSNR angegeben wurde. Die Datenfelder 40 und 41 sind für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber dargestellt wird, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde. Das Datenfeld 42 dient der Risikoadjustierung. Über dieses Datenfeld wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind. Das Datenfeld 43 ist für die Risikoadjustierung erforderlich, da es die Sicherheit der Diagnose der Komorbidität angibt.

Datenfeld 44 dient der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext. Datenfeld 45 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Die BSNR ist weiterhin für die korrekte Pseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers erforderlich. Das Datenfeld 46 dient der Zuordnung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers zur jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn in Datenfeld 45 eine BSNR angegeben wurde. Datenfeld 47 ist zur Zuordnung des Status der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in „Krankenhausstandort“ (IKNR) oder „Vertragsarzt“ (BSNR) erforderlich. Datenfeld 48 dient der Zuordnung der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer mit dem Status „Krankenhausstandort“ zum jeweiligen Bundesland. Die Datenfelder 49 und 50 dienen der Plausibilisierung der gelieferten Daten. Die Datenfelder 51 und 52 sind für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber dargestellt wird, dass die betreffende Komorbidität in den 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde. Das Datenfeld 53 dient der Risikoadjustierung. Über dieses Datenfeld wird ermittelt, ob die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Komorbiditäten im betreffenden Fall aufgetreten sind. Das Datenfeld 54 ist für die Risikoadjustierung 12 erforderlich, da es die Sicherheit der Diagnose der Komorbidität angibt. Das Datenfeld 55 ist für die Risikoadjustierung erforderlich, da hierüber gewährleistet wird, dass die entsprechende Komorbidität innerhalb von 12 Monaten vor dem Indexeingriff dokumentiert wurde.

Für alle abgeleiteten Datenfelder wurde geprüft, ob ein höheres Aggregationsniveau der zu übermittelnden Informationen möglich ist, ohne dass daraus Probleme für die Evaluation resultieren. Dabei stellte sich für die Datenfelder mit Datumsbezug heraus, dass diese bei einem höher aggregierten Niveau (Monat/Jahr, Quartal/Jahr) aus den nachfolgenden Gründen zu erheblichen Einschränkungen in der Evaluation führen würden und daher die Übermittlung der konkreten Datumsangaben notwendig ist:

Versorgungsverlauf: Im Sinne der Nachvollziehbarkeit des Versorgungsverlaufs (bestehende Komorbiditäten vor einem Eingriff, auftretende Komplikationen nach einem Eingriff, erneut notwendige Eingriffe) ist der Abgleich über das konkrete Datum notwendig. Aufgrund der zeitlich teilweise eng aufeinanderfolgenden Ereignisse kann eine Unterscheidung der Reihenfolge der Ereignisse (z.B. Ersteingriff, Folgeeingriff) nur über den konkreten Datumsbezug sichergestellt werden.

Endpunkte „Mortalität“: Das Sterbedatum des Versicherten (Datenfeld Ziffer 6 in der Tabelle zu Lunge) wird benötigt, um den Endpunkt „Mortalität“ in den Datenanalysen messen zu können. Im Beispiel der thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms liegen die Messzeitpunkte nach 30 Tagen, 90 Tagen, 120 Tagen, 12 Monaten und 24 Monaten. Die genannten Zeiträume sind dabei die aus der Literatur und den Experteninterviews abgeleiteten Zeitfenster innerhalb derer gemessen werden soll, ob und vor allem zu welchem Zeitpunkt Patientinnen und Patienten nach einem Indexereignis (z. B. thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms) versterben. Das genaue Sterbedatum wird daher benötigt, um eine Überlebenszeitanalyse durchführen zu können, die differenzieren kann, wann eine Patientin oder ein Patient innerhalb der genannten Zeitfenster verstirbt. Es macht klinisch einen Unterschied, ob eine Patientin oder ein Patient im Beispiel der Gesamtmortalität nach 30 Tagen z. B. noch am Tag der durchgeführten thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms verstirbt oder am 30. Tag danach. Die Übermittlung „eine[r] Kombination aus Jahr und Quartal oder Jahr und Kalendermonat“ des eigentlichen Sterbedatums würde hier zu einer erheblichen Unschärfe führen.

Endpunkt „Tödliche Komplikationen“: Die Zeitfenster, in denen im Zuge der Evaluation geprüft werden soll, ob eine Komplikation auftritt und im Anschluss ein Versterben der Patientin oder des Patienten vorliegt, betragen 30, 90 und 120 Tage nach Indexereignis

(thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms). Das exakte Sterbedatum wird benötigt, um feststellen zu können, ob das Versterben nach Auftreten einer therapiebedingten Komplikation innerhalb der genannten Zeitfenster erfolgt. Auch hier würde die Übermittlung „eine[r] Kombination aus Jahr und Quartal oder Jahr und Kalendermonat“ des eigentlichen Sterbedatums zu einer erheblichen Unschärfe führen.

Risikoadjustierung / Endpunkt „therapiebedingte Komplikationen“: Die Datenfelder mit den Ziffern 31, 32 sowie 42, 43 sowie 53, 54 beziehen sich auf ambulant bzw. ambulant-stationär gestellte Diagnosen. Das jeweilig verfügbare Datum dieser Diagnosen von Komorbiditäten ist von Relevanz, da nach Evaluationsplan der Mm-R Lunge für die Risikoadjustierung bestenfalls Komorbiditäten im Zeitraum 12 Monate vor Indexereignis (thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms) erfasst werden sollen. Ist das Datum der Diagnose unbekannt, kann eine Zuordnung in dieses Zeitintervall im Zuge der Evaluation nicht vorgenommen werden. Das Datenfeld mit der Ziffer 14 „Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird“ bezieht sich auf stationäre Daten und wird benötigt, um den jeweiligen Krankenhausaufenthalt im Versorgungsablauf während des Evaluationszeitraums abzubilden. Der Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird, wird zuerst als Aufgreifkriterium benötigt, um den Beginn des Krankenhausaufenthalts zu identifizieren, bei dem der Indexeingriff durchgeführt wird. Zudem wird das Datenfeld zur Identifikation weiterer auf den Indexeingriff folgende Krankenhausaufenthalte des Falles benötigt, bei denen weitere thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms durchgeführt werden und/oder Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden, die therapiebedingte Komplikationen definieren. Letztere Informationen sind somit für die Messung der Endpunkte relevant.

Zu Nummer 4.2 Erforderlichkeit einer Vollerhebung

Die Erforderlichkeit der Vollerhebung ist gemäß § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V in Anhang 2 Nummer II. 4.2 dargelegt. Die Erforderlichkeit der Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V begründet sich hiernach methodisch mit dem Untersuchungsgegenstand der Evaluation der vom G-BA festgelegten Mindestmengen. Dafür sind Berechnungen des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs der jeweiligen Mindestmenge und Veränderungen in der Versorgung auf Grundlage einer zeitlich eingegrenzten Stichprobe von allen Fällen, die unter die Mindestmengenregelung fallen, unerlässlich. Für die wissenschaftliche Prüfung oder Darstellung des Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhangs sowie zur Analyse der Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen ist es methodisch zwingend erforderlich, alle im Fokus des zu untersuchenden Zusammenhangs stehenden Interventionsereignisse (Operationen) an allen Standorten für einen bestimmten Zeitraum vollständig zu erfassen. Mit einer Stichprobe aus der Gesamtfallzahl des hier festgelegten Untersuchungszeitraums können ein solcher Zusammenhang sowie Veränderungen in den Versorgungsstrukturen nicht methodisch suffizient berechnet werden.

Zu Nummer 4.3 Übermittlung an die Vertrauensstelle

Die Vertrauensstelle gemäß § 9 Absatz 3 Satz 4 i. V. m. Teil 1 § 11 DeQS-RL ist allein zu dem Zweck eingerichtet, Patientendaten aus unterschiedlichen Behandlungsfällen, von unterschiedlichen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern oder unterschiedlichen Kostenträgern versichertenbezogen zusammenzuführen. Bei der Evaluation dieses Leistungsbereiches macht die Datenanalyse dies erforderlich, sodass der G-BA auch die Übermittlung der lebenslangen Versichertennummer gemäß § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V beschließt (Tabelle Zeile 8), weil nur damit eine versichertenbezogene Zusammenführung der Daten möglich ist. Die Vertrauensstelle pseudonymisiert nach Zusammenführung der Daten die lebenslange Versichertennummer und übermittelt den zusammengeführten Datensatz an den vorgesehenen Datenempfänger.

In diesem Leistungsbereich werden die erforderlichen Daten bereits in der für die Auswirkungsanalyse erforderlichen zusammengeführten Form von den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt, sodass eine Zusammenführung durch die Vertrauensstelle nicht erforderlich ist. Aus diesem Grund enthält der zur Datennutzung bestimmte Datensatz im Rahmen der Evaluation der Mindestmenge für die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen nicht die lebenslange Versichertennummer.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Die zuständige AG des G-BA hat am 17. Februar 2026 die Beratungen über Änderungen der Mm-R zur Weiterentwicklung auf Grundlage von Sozialdaten aufgenommen und das Thema fachlich in X Sitzungen beraten.

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am 6. Mai 2026 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 18. Juni 2026 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 der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mm-R Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind. Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 25. März 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 31. März 2026 eingeleitet. Die der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 1**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 28. April 2026.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom TT.MM.JJJJ eine Stellungnahme zum Beschlussentwurf abgegeben (**Anlage 2**). Die Auswertung der Stellungnahme wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 6. Mai 2026 durchgeführt (**Anlage 3**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2026 beschlossen, die Mm-R zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Länderververtretung 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 der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R)
- Anlage 3:** Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme

Berlin, den 18. Juni 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

ausschließlicher per E-Mail an:
qs@g-ba.de

Ihr Kontakt:
Herr Oster

Telefon: +492289977998238

E-Mail: BS4@bfdi.bund.de

Aktenz.: BS4-315/072#1613
(**bitte immer angeben**)
Dok.: 42573/2026

Anlage:

Bonn, 14.04.2026

**Beschlussentwurf über eine Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R):
Ergänzung des Anhangs 2: Weiterentwicklung auf Grundlage von Sozialdaten
u.a.**

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

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Beschlussentwurf.
Ich sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

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