

# Tragende Gründe



## **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderung von § 10 Abs. 1**

Vom 17. Juni 2021

### **Inhalt**

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf.....</b>	<b>3</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>3</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

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

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Die Übergangsbestimmungen in § 10 Absatz 1 Mm-R werden aktualisiert.

Die Krankenhausträger sind aktuell verpflichtet, im Rahmen der regulären Prognosedarlegung nach § 5 Mm-R sowie im Falle einer erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung nach Ablauf von 24 Monaten gemäß § 7 Abs. 4 Satz 2 Mm-R i. V. m. §§ 4, 5 Mm-R für die Ermittlung der Leistungsmengen sowie die Übermittlung der Leistungsmengen und weiterer Angaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen

eine im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelte und vom G-BA beschlossene Softwarespezifikation anzuwenden.

Dem G-BA wurde allerdings im Mai 2021 von Vertretern der Software-Anbieter signalisiert, dass die Software zur richtlinien- und spezifikationskonformen Ermittlung und Übermittlung der Leistungsmengen wegen der erst im April 2021 vom G-BA beschlossenen und vom IQTIG anschließend aktualisierten und veröffentlichten Spezifikation (V04 vom 11. Juni 2021) nicht jedem Krankenhausstandort kurzfristig zur Verfügung gestellt werden kann.

Vor diesem Hintergrund wird den betroffenen Krankenhäusern für die Darlegung der Prognose im Jahr 2021 ersatzweise die weitere Anwendung der bisher bereits bestehenden Übermittlungswege (schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur) eingeräumt.

Alle Krankenhäuser, die rechtzeitig bis zur regulären Prognosedarlegung (1. Juli bis 7. August 2021) gemäß § 5 Abs. 3 Mm-R bzw. nach Ablauf von 24 Monaten für die Prognosedarlegung gemäß § 7 Abs. 4 Satz 2 Mm-R über eine anwendungsbereite Software verfügen, welche die Spezifikation umsetzt, sollen diese wie in der Richtlinie vorgesehen anwenden.

Ab dem Jahr 2022 haben alle Krankenhäuser eine spezifikationskonforme Übermittlung gemäß § 3 Abs. 3 Mm-R i. V. m. § 5 Abs. 3 Mm-R bzw. § 7 Abs. 4 Satz 2 Mm-R sicherzustellen.

Sofern seitens der Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen die betreffende Software für Datenübermittlungen bzw. -annahmen der Kliniken (vgl. z. B. § 5 Abs. 4 Mm-R) nicht rechtzeitig vorliegt, ist für den Datentransfer der in der Mm-R jeweils festgelegte alternative Weg zu nutzen.

In der Regel bieten Softwarehersteller Möglichkeiten der technischen Erprobung des Datenflusses und der Datenübermittlung an. Diese im Vorfeld zu nutzen ist empfehlenswert.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

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

### **4. Verfahrensablauf**

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am 2. Juni 2021 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 17. Juni 2021 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.

### **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Juni 2021 beschlossen, die Mm-R zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

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

Berlin, den 17. Juni 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken