

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderungen in §§ 5 und 10

Vom 16. April 2020

Inhalt

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

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

Mit Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gemäß §§ 3 Absatz 3, 5 Absatz 3 Satz 2 Mm-R mit der Erstellung einer Spezifikation für die Mm-R beauftragt. Die Spezifikation wurde dem G-BA im Januar 2019 vorgelegt, nach diversen Anpassungen vom G-BA am 20. Juni 2019 beschlossen und durch das IQTIG am 1. Juli 2019 veröffentlicht.

In Bezug auf die Spezifikation wurde nun ein Konkretisierungsbedarf festgestellt, da die Mm-R keine Vorgaben darüber enthält, durch wen die Übermittlung der Daten gemäß § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe a bis d Mm-R spezifiziert wird und bisher auch noch nicht spezifiziert wurde. Diese Regelungslücke wird mit dem vorliegenden Beschluss geschlossen.

Darüber hinaus werden zur Optimierung des Prognoseverfahrens verschiedene Änderungen in § 5 Absatz 1, 5, 6 und 7 Mm-R sowie § 10 Absatz 2 Mm-R beschlossen.

In § 5 Absatz 1 Mm-R wird als Frist für die Darlegung der Prognose seitens der Krankenhausträger der 7. August des laufenden Kalenderjahres festgelegt. Die Krankenhausträger können ihre Prognosen damit innerhalb des Zeitfensters vom 1. Juli bis zum 7. August an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln. Auf diese Weise ist unter anderem sichergestellt, dass die Leistungsmenge aus dem vorangegangenen zweiten Quartal (bis einschließlich 30. Juni) vollständig erfasst ist.

Die Angaben zu den Formerfordernissen hinsichtlich der Prognosedarlegung in § 5 Absatz 1 Mm-R werden gestrichen und ausschließlich in § 5 Absatz 3 Satz 2 bis 4 Mm-R geregelt. Die Übermittlung der Daten gemäß § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe a bis c Mm-R *muss*, die Übermittlung der Daten gemäß § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe d Mm-R *kann* unter Anwendung der Spezifikation gemäß §§ 3 Absatz 3, 5 Absatz 3 Mm-R erfolgen.

Mit dem geänderten Satz 2 des § 5 Absatz 3 Mm-R wird klargestellt, dass sämtliche Informationen nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe a bis c Mm-R in maschinenlesbarer Form unter Verwendung der vom IQTIG diesbezüglich zu entwickelnden Spezifikation übermittelt werden müssen.

Mit dem neuen Satz 3 in § 5 Absatz 3 Mm-R wird den Krankenhausträgern die Möglichkeit eingeräumt, die aussagekräftigen Belege nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe d Mm-R sowohl schriftlich als auch unter Anwendung der Spezifikation gemäß §§ 3 Absatz 3, 5 Absatz 3 Mm-R zu übermitteln. Die Spezifikation hierfür wird ebenfalls vom IQTIG entwickelt und vorsehen, dass z.B. PDF-Dateien in elektronischer Form zusammen mit oder als Teil des maschinenlesbaren Datensatzes übermittelt werden können. Den Auftrag an das IQTIG, eine solche Möglichkeit in der Spezifikation vorzusehen und anzulegen, formuliert der neu eingefügte Satz 3 in § 5 Absatz 3 Mm-R.

Für die Krankenhausträger gilt die Frist zur Prognosedarlegung aus § 5 Absatz 1 Mm-R („bis spätestens zum 7. August des laufenden Kalenderjahres) einheitlich für sämtliche Dokumente nach § 5 Absatz 3 Mm-R, die in diesem Rahmen an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen zu übermitteln sind. Diese Frist gilt demzufolge auch für die Übermittlung der aussagekräftigen Belege nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe d Mm-R, sofern zur Prognose die Kriterien nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 und 4 Mm-R sowie Umstände nach § 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R herangezogen werden.

In § 5 Absätze 5 und 6 werden jeweils für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Fristen angepasst. Die Übermittlung der Prüfergebnisse hat gemäß § 5 Absatz 5 Mm-R und die Widerlegung der Prognose gem. § 5 Absatz 6 Mm-R bis zum 7. Oktober zu erfolgen. Die Verlängerung beinhaltet die Verlängerung der Übermittlungsfristen der Krankenhausträger gem. § 5 Absatz 1 Mm-R um ca. 3 Wochen und auch eine Verlängerung der Bearbeitungszeit für die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen um ebenfalls ca. 2 Wochen. So wird trotz der Fristverlängerungen sowohl für die Krankenhausträger als auch für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sichergestellt, dass die Krankenhausträger ihre sich an diesen Prozess anschließenden Übermittlungspflichten gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht (Qb-R) fristgerecht wahrnehmen können.

In § 5 Absatz 7 Mm-R wird klargestellt, dass gegenüber den Berichtsempfängern gem. Absatz 8 Mm-R (G-BA und den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen) ebenfalls gemeinsam und einheitlich zu handeln ist.

Der Klarstellung halber stellt der G-BA fest, dass das „gemeinsame und einheitliche“ Handeln der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß § 5 Absatz 7 Mm-R keinen gemeinsamen Verwaltungsakt darstellt, sondern vielmehr ein gemeinsames und einheitliches Handeln i. S. d. § 211a SGB V, aber in getrennten Verwaltungsakten. Getrennte Verwaltungsakte können auch formal in einem gemeinsamen Bescheid zusammengefasst werden, solange sie als getrennte Entscheidungen unterschiedlicher Verwaltungsträger erkennbar bleiben [1].

§ 10 Übergangsregelung Mm-R wird wie folgt verändert:

Absatz 1 wird aufgehoben. Die bisherigen Regelungen des Absatzes 1 betrafen vergangene Zeiträume und sind nicht mehr erforderlich. Dies bezieht sich auch auf die Verpflichtung der Übermittlung der Standortnummer ab 2020. Diese Verpflichtung ergibt sich bereits gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a Mm-R und bedarf keiner Übergangsregelung mehr.

Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 1. Es erfolgt eine Klarstellung, dass nur noch im Jahre 2020 die Spezifikation nicht zur Anwendung kommt, vergangene Zeiträume wurden gestrichen. Alle anderen Vorgaben des § 5 Form und Frist der Darlegung der Prognose und die Mitteilungspflichten Mm-R gelten weiterhin.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Die zuständige AG des G-BA hat am 12. September 2019 die Beratungen zu Änderungen der §§ 5 und 10 Mm-R aufgenommen und das Thema fachlich und technisch in drei Sitzungen beraten. Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am 4. März 2020 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am 16. April 2020 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, der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

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

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 29. Januar 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am 30. Januar 2020 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 1**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 27. Februar 2020.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte fristgerecht zum 20. Februar 2020 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 2**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. April 2020 beschlossen, die Mm-R zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

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

6. Literaturverzeichnis

1. **Bockholdt F.** Rechtsschutzprobleme hinsichtlich der Mindestmengenprognose nach § 136 b Abs. 4 SGB V. NZS 2019;28(21):814-820.

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: An den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Mindestmengenregelungen sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 2: Rückmeldung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Berlin, den 16. April 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderungen in §§ 5 und 10

Vom 14. Mai 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 14. Mai 2020 beschlossen, die Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R) in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz. Nr. 143, S. 5389), zuletzt geändert am 4. Dezember 2019 (BAnz AT 23.12.2019 B7), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „7. August“ ersetzt und werden nach dem Wort „Kalenderjahres“ die Wörter „schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur“ gestrichen.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden die Wörter „Unberührt von Absatz 1 hat der Krankenhausträger die Leistungsmenge nach § 4 Absatz 2“ durch die Wörter „Der Krankenhausträger hat die Informationen nach Satz 1 Buchstabe a bis c“ ersetzt.
 - bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „Die Belege nach Satz 1 Buchstabe d können schriftlich oder unter Nutzung der Spezifikation übermittelt werden.“
- c) In Absatz 5 und Absatz 6 Satz 2 wird jeweils die Angabe „31. August“ durch die Angabe „7. Oktober“ ersetzt.
- d) In Absatz 7 wird nach der Angabe „5“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, nach der Angabe „6“ die Angabe „und 8“ und nach dem Wort „Krankenhausträger“ die Wörter „und gegenüber den Berichtempfängern nach Absatz 8“ eingefügt.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird aufgehoben.
- b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 1 und wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „in den Jahren 2018 und 2019“ durch die Wörter „im Jahr 2020“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Die Verpflichtung zur Anwendung der Spezifikation gemäß § 3 Absatz 3 und § 5 Absatz 3 gilt erst ab dem Jahr 2021.“
- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.

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

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

Berlin, den 14. Mai 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderungen in §§ 5 und 10

Stand: 30.01.2020

Legende:

Grau hinterlegte Textteile: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Vom TT.MM 2020

Inhalt

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

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

Mit Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gemäß §§ 3 Absatz 3, 5 Absatz 3 Satz 2 Mm-R mit der Erstellung einer Spezifikation für die Mindestmengenregelungen beauftragt. Die Spezifikation wurde dem G-BA im Januar 2019 vorgelegt, nach diversen Anpassungen vom G-BA am 20. Juni 2019 beschlossen und durch das IQTIG am 1. Juli 2019 veröffentlicht.

In Bezug auf die Spezifikation wurde nun ein Konkretisierungsbedarf festgestellt, da die Mm-R keine Vorgaben darüber enthält, durch wen die Übermittlung der Daten gemäß § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe a bis d Mm-R spezifiziert wird und bisher auch noch nicht spezifiziert wurde. Diese Regelungslücke wird mit dem vorliegenden Beschluss geschlossen.

Darüber hinaus werden zur Optimierung des Prognoseverfahrens verschiedene Änderungen in § 5 Absatz 1, 5, 6 und 7 Mm-R sowie § 10 Absatz 2 Mm-R beschlossen.

In § 5 Absatz 1 Mm-R wird als Frist für die Darlegung der Prognose seitens der Krankenhausträger der 7. August des laufenden Kalenderjahres festgelegt. Die Krankenhausträger können ihre Prognosen damit innerhalb des Zeitfensters vom 1. Juli bis zum 7. August an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln. Auf diese Weise ist unter anderem sichergestellt, dass die Leistungsmenge aus dem vorangegangenen zweiten Quartal (bis einschließlich 30. Juni) vollständig erfasst ist.

Die Angaben zu den Formerfordernissen hinsichtlich der Prognosedarlegung in § 5 Absatz 1 Mm-R werden gestrichen und ausschließlich in § 5 Absatz 3 Satz 2 bis 4 Mm-R geregelt. Die Übermittlung der Daten gemäß § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe a bis c Mm-R *muss*, die Übermittlung der Daten gemäß § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe d Mm-R *kann* unter Anwendung der Spezifikation gemäß §§ 3 Absatz 3, 5 Absatz 3 Mm-R erfolgen.

Mit dem geänderten Satz 2 des § 5 Absatz 3 Mm-R wird klargestellt, dass sämtliche Informationen nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe a bis c Mm-R in maschinenlesbarer Form unter Verwendung der vom IQTIG diesbezüglich zu entwickelnden Spezifikation übermittelt werden müssen.

Mit dem neuen Satz 3 in § 5 Absatz 3 Mm-R wird den Krankenhausträgern die Möglichkeit eingeräumt, die aussagekräftigen Belege nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe d Mm-R sowohl schriftlich als auch unter Anwendung der Spezifikation gemäß §§ 3 Absatz 3, 5 Absatz 3 Mm-R zu übermitteln. Die Spezifikation hierfür wird ebenfalls vom IQTIG entwickelt und vorsehen, dass z.B. PDF-Dateien in elektronischer Form zusammen mit oder als Teil des maschinenlesbaren Datensatzes übermittelt werden können. Den Auftrag an das IQTIG, eine solche Möglichkeit in der Spezifikation vorzusehen und anzulegen, formuliert der neu eingefügte Satz 3 in § 5 Absatz 3 Mm-R.

Für die Krankenhausträger gilt die Frist zur Prognosedarlegung aus § 5 Absatz 1 Mm-R („bis spätestens zum 7. August des laufenden Kalenderjahres) einheitlich für sämtliche Dokumente nach § 5 Absatz 3 Mm-R, die in diesem Rahmen an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen zu übermitteln sind. Diese Frist gilt demzufolge auch für die Übermittlung der aussagekräftigen Belege nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe d Mm-R, sofern zur Prognose die Kriterien nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 und 4 Mm-R sowie Umstände nach § 4 Absatz 2 Satz 3 Mm-R herangezogen werden.

In § 5 Absätze 5 und 6 werden jeweils für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Fristen angepasst. Die Übermittlung der Prüfergebnisse hat gemäß § 5 Absatz 5 Mm-R und die Widerlegung der Prognose gem. § 5 Absatz 6 Mm-R bis zum 7. Oktober zu erfolgen. Die Verlängerung beinhaltet die Verlängerung der Übermittlungsfristen der Krankenhausträger gem. § 5 Absatz 1 Mm-R um ca. 3 Wochen und auch eine Verlängerung der Bearbeitungszeit für die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen um ebenfalls ca. 2 Wochen. So wird trotz der Fristverlängerungen sowohl für die Krankenhausträger als auch für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sichergestellt, dass die Krankenhausträger ihre sich an diesen Prozess anschließenden Übermittlungspflichten gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht (Qb-R) fristgerecht wahrnehmen können.

In § 5 Absatz 7 Mm-R wird klargestellt, dass gegenüber den Berichtsempfängern gem. Absatz 8 Mm-R (G-BA und den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen) ebenfalls gemeinsam und einheitlich zu handeln ist.

§ 10 Übergangsregelung Mm-R wird wie folgt verändert:

Absatz 1 wird aufgehoben. Die bisherigen Regelungen des Absatzes 1 betrafen vergangene Zeiträume und sind nicht mehr erforderlich. Dies bezieht sich auch auf die Verpflichtung der Übermittlung der Standortnummer ab 2020. Diese Verpflichtung ergibt sich bereits gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a Mm-R und bedarf keiner Übergangsregelung mehr.

Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 1. Es erfolgt eine Klarstellung, dass nur noch im Jahre 2020 die Spezifikation nicht zur Anwendung kommt, vergangene Zeiträume wurden gestrichen. Alle anderen Vorgaben des § 5 Form und Frist der Darlegung der Prognose und die Mitteilungspflichten Mm-R gelten weiterhin.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Die zuständige AG des G-BA hat am 12. September 2019 die Beratungen zur Änderung des § 5 Absatz 3 Satz 2 und 3 Mm-R aufgenommen und das Thema fachlich und technisch in drei

Sitzungen beraten. Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat am XX. Monat 2020 über den Beschlussentwurf beraten und dem Plenum zu seiner Sitzung am XX. Monat 2020 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, der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 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 29. Januar 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am TT.MM 2020 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage X. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am TT.MM 2020.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT.MM 2020 beschlossen, die Mm-R zu ändern.

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

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

6. Literaturverzeichnis

[Hinweis: Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 6. Fazit und 8. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]

7. Zusammenfassende Dokumentation

[Hinweis: Wenn keine Bürokratiekosten entstehen, kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird und ansonsten keine Dokumente den Beratungsprozess veranschaulichen sollen, kann die Zusammenfassende Dokumentation entfallen.]

Berlin, den TT.MM 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

§ 5 Form und Frist der Darlegung der Prognose und Mitteilungspflichten

(1) Die Prognose des Krankenhausträgers ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis spätestens zum ~~15. Juli~~ 7. August des laufenden Kalenderjahres ~~schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur~~ zu übermitteln.

(2) ¹Der Krankenhausträger hat die Prognose ohne vorherige Aufforderung zu übermitteln. ²Hierzu veröffentlicht der GKV-Spitzenverband jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite. ³Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.

(3) ¹Vom Krankenhausträger sind folgende Angaben standortbezogen zu übermitteln:

a) Name, Adresse und Standortnummer des Krankenhausstandorts gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V,

b) die Leistung aus dem Katalog planbarer Leistungen, für die die Prognose erfolgt,

c) die jeweiligen Leistungsmengen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 sowie Nummer 2,

d) aussagekräftige Belege, sofern zur Prognose die Kriterien nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 und 4 sowie Umstände nach § 4 Absatz 2 Satz 3 herangezogen werden.

²~~Unberührt Der Krankenhausträger hat die Informationen nach Satz 1 Buchstabe a bis c von Absatz 1 hat der Krankenhausträger die Leistungsmenge nach § 4 Absatz 2~~ in maschinenlesbarer Form unter Anwendung der im Auftrag des G-BA vom IQTIG entwickelten und vom G-BA beschlossenen Spezifikation zu übermitteln. ³Die Belege nach Satz 1 Buchstabe d können schriftlich oder unter Nutzung der Spezifikation übermittelt werden. ⁴Personenbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer sind durch den Krankenhausträger zu pseudonymisieren.

(4) Der Eingang der Prognosedarlegung wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch unter Verwendung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur bestätigt.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen prüfen die Prognose und teilen dem Krankenhausträger standortbezogen bis spätestens zum 7. Oktober ~~31. August~~ des laufenden Kalenderjahres, schriftlich oder elektronisch unter Verwendung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur das Ergebnis dieser Prüfung mit.

(6) ¹Sofern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger übermittelten Prognose haben, können sie die Prognose widerlegen. ²Die Widerlegung der Prognose ist dem Krankenhausträger bis spätestens zum 7. Oktober ~~31. August~~ eines laufenden Kalenderjahres, schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur mitzuteilen.

(7) Für die Aufgaben nach den Absätzen ~~5. und 6~~ und 8 stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem einzelnen Krankenhausträger und gegenüber den Berichtempfängern nach Absatz 8 auf Landesebene ein gemeinsames und einheitliches Handeln sicher.

(8) ¹Die Landesverbände der Kassen und die Ersatzkassen informieren die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den G-BA standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen. ²Der G-BA legt dazu ein einheitliches Berichtsformat fest.

§ 10 Übergangsbestimmungen bei Inkrafttreten

~~(1) —¹Für die Darlegung der Prognose im Jahr 2018 gelten die gesetzlichen Vorschriften zunächst noch ohne die spezifizierenden Vorgaben der §§ 4 und 5 weiter. ²Diese Regelungen finden erst ab dem Jahr 2019 Anwendung. ³Abweichend von Satz 2 findet die Verpflichtung zur Übermittlung der Standortnummer gemäß § 5 Absatz 3 Buchstabe a erst ab dem Jahr 2020 Anwendung.~~

(1) ¹Die Ermittlung der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 und deren Übermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen hat ~~im Jahr in den Jahren 2018, und 2019-2020~~ ohne Spezifikation schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur zu erfolgen. ² Die Verpflichtung zur Anwendung der ~~Die~~ Spezifikation gemäß § 3 Absatz 3 und § 5 Absatz 3 gilt findet erst ab dem Jahr 2021~~0~~-Anwendung.

(2) Eine bis zum 31. Dezember 2017 bestehende Berechtigung zur Leistungserbringung auf Grundlage von Ausnahmetatbeständen oder Übergangsfristen der Mindestmengenregelungen in der Fassung vom 20. Dezember 2015, zuletzt geändert am 7. Dezember 2016 (BAnz AT 23.12.2016 B8), bleibt unberührt.



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn

FON



E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Heinick

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 20.02.2020

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1086

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

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der Mm-R: Änderung
der §§ 5 und 10**

BEZUG Ihr Schreiben vom 30.01.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine Stellungnahme gebe ich zu diesem Beschlussentwurf nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

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