

# Bekanntmachungen

## Bundesministerium für Gesundheit

### Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Neufassung der Mindestmengenvereinbarung Vom 21. März 2006

[1262 A]

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. März 2006 folgenden Beschluss gefasst:

I.

Die Mindestmengenvereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird neu gefasst. In der am 20. Dezember 2005 beschlossenen Erstfassung wurde § 4 Abs. 3 der Mindestmengenvereinbarung ersatzlos gestrichen.

#### „Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenvereinbarung)

##### § 1 Zweck der Vereinbarung

Zweck der Vereinbarung ist insbesondere:

1. Die Erstellung eines Kataloges planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b KHG, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie die Festlegung von Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbeständen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V.
2. Die Gewährleistung eines transparenten und regelgebundenen Verfahrens der Zusammenarbeit bei der Vorbereitung, Entwicklung und Pflege des Kataloges und der Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus sowie der Ausnahmetatbestände.
3. Be- und Auswertung der Effekte der vereinbarten Leistungen, Mindestmengen und Ausnahmetatbestände.

##### § 2 Ziele der Mindestmengen

Orientiert am Nutzen für den Patienten verfolgt die Vorgabe von Mindestmengen insbesondere folgende Ziele:

1. Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität sowie die kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsniveaus.
2. Die Anwendung der nach dieser Vereinbarung festgelegten Mindestmengen darf nicht zur Gefährdung einer angemessenen flächendeckenden Versorgung und nicht zu einer Verschärfung bereits bestehender Unterversorgung führen.
3. Die Mindestmengenregelung darf nicht im Widerspruch zur jeweils gültigen Weiterbildungsordnung stehen.

##### § 3 Verfahrensregelung

(1) Bis spätestens zum 31. August eines Jahres ist festzulegen:

1. der Katalog der einbezogenen Leistungen (Operationen oder Prozeduren) nach §§ 17 und 17b KHG unter Angabe der OPS, inkl. spezielle ein- oder ausgrenzende Kriterien, in jeweils gültiger Fassung sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder je Krankenhaus gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Anlage 1).
2. Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Anlage 2).  
Änderungen der Anlagen dieser Vereinbarung treten zum 1. Januar des Folgejahres in Kraft. Die sich daraus ergebenden Neufassungen sind unverzüglich nach Beschlussfassung in geeigneter Weise bekannt zu geben. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sind ebenfalls unverzüglich zu informieren.

(2) Für die Festlegung gemäß Absatz 1 sind folgende Informationen und Entscheidungsgrundsätze zu Grunde zu legen und allen Vorlageberechtigten zugänglich zu machen:

1. Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes und empirischer Ergebnisse zu der Frage, ob für einen beantragten Leistungsbereich die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist (evidenzbasiertes Verfahren).
2. Die Identifikation von Leistungen bzw. Leistungsbereichen hat sich dabei an epidemiologisch und empirisch gesicherten Zusammenhängen von Qualität und Leistungsmenge zu orientieren. Dabei sollen auch Erkenntnisse aus dem internationalen Umfeld Beachtung finden.
3. Vorliegende Ergebnisse der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung und Arbeitsergebnisse des IQWiG nach § 139 Abs. 4 SGB V zur Festlegung von Schwellenwerten sind einzubeziehen.
4. Berechnungen zur aktuellen Versorgungssituation sowie deren Änderung nach Aufnahme der Leistung und Mindestmenge in den Katalog z. B. anhand der Arbeitsergebnisse des IQWiG nach § 139 Abs. 4 SGB V und der den Vertragspartnern nach § 17b Abs. 2 KHG zur Verfügung stehenden Daten nach § 21 KHEntG. Dabei ist § 2 Nr. 2 dieser Vereinbarung zu beachten.
5. Bewertungen bereits bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen bzw. deren Ergebnisse gemäß § 137 SGB V hinsichtlich der Gewährleistung einer angemessenen Ergebnisqualität. Diese Bewertungen sollen in die Entscheidung, ob eine Mindestmenge im betreffenden Leistungsbereich erforderlich ist, einfließen.
6. Betroffene Fachgesellschaften können zur Stellungnahme aufgefordert werden.

(3) Der G-BA nach § 91 Abs. 7 SGB V strebt eine wissenschaftliche Begleitung der Auswirkungen von Mindestmengen an.

##### § 4 Vorlageverfahren

(1) Über alle Änderungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 oder eines Ausnahmetatbestandes gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 wird auf Grund der Vorlage eines Vorlageberechtigten beraten und entschieden.

(2) Vorlageberechtigt sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe und die nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen.

##### § 5 Verbindlichkeit für Krankenhäuser

(1) Die Vereinbarung ist für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Wird die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht, dürfen ab dem Jahr des jeweiligen Inkrafttretens der Mindestmenge entsprechende Leistungen nicht erbracht werden.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach § 3 Abs. 1 dieser Vereinbarung bestimmen, bei denen die Anwendung der Mindestmengenregelung die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte; sie entscheidet auf Antrag des Krankenhauses bei diesen Leistungen über die Nichtanwendung des Kataloges.

§ 6 Darstellung der Umsetzung im Qualitätsbericht

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Umsetzung dieser Vereinbarung in dem Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V darzustellen. Dies gilt insbesondere für die Leistungen, bei denen Ausnahmetatbestände zur Anwendung kommen.“

II.

Die Änderungen treten am 21. März 2006 in Kraft.

Siegburg, den 21. März 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 Abs. 7 SGB V  
Der Vorsitzende  
P o l o n i u s

#### Anlage 1

(gültig ab 1. Januar 2006)

### Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS Version 2006 inkl. spezieller ein- oder ausgrenzender Kriterien

#### 1. Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende) — jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 20

##### Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation)

5-503.0 Hepatektomie, postmortal

**Hinw.:** Dieser Kode ist auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt.

Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 5-995 werden nicht im Rahmen des Datensatzes nach § 301 SGB V bzw. § 21 KHEntgG übermittelt.

Die Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende ist im Kode enthalten.

Auf Anfrage sind den zuständigen Krankenkassen von den Krankenhäusern entsprechende Nachweise (u. a. DSO) über die Menge der erbrachten Leistung darzulegen.

5-503.1 Entfernung einer Transplantatleber als selbstständiger Eingriff

**Exkl.:** Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation (5-504.0)

5-503.2 Entfernung einer Eigenleber als selbstständiger Eingriff

**Exkl.:** Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation (5-504.0)

5-503.3 Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organ spende

5-503.4 Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organ spende

5-503.5 Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organ spende

5-503.6 Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organ spende

5-503.x Sonstige

5-503.y N.n.bez.

##### Lebertransplantation

**Hinw.:** Bei ABO-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben

5-504.0 Komplet (gesamtes Organ)

**Inkl.:** Simultane Hepatektomie

5-504.1 Partiell (Split-Leber)

5-504.2 Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)

5-504.3 Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts

**Inkl.:** Simultane Hepatektomie

5-504.4 Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthalts

5-504.5 Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthalts

5-504.x Sonstige

5-504.y N.n.bez.

#### 2. Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) — jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 25

##### Nierentransplantation

**Hinw.:** Bei ABO-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben.

5-555.0 Allogen, Lebendspender

5-555.1 Allogen, Leichenniere

5-555.2 Syngen

5-555.3 Autotransplantation

5-555.4 Autotransplantation nach extrakorporaler Resektion

5-555.5 En-bloc-Transplantat

5-555.6 Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts

5-555.7 Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts

5-555.8 Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts

5-555.x Sonstige

5-555.y N.n.bez.

#### 3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus — jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 10

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen. Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich Kinder in dem Leistungsbereich „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ behandeln, sind von der Mindestmengenregelung nicht betroffen.

##### Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität

5-423.0 Zervikal

- 5-423.1 Thorakal
- 5-423.2 Thorakoabdominal
- 5-423.3 Abdominal
- 5-423.x Sonstige
- 5-423.y N.n.bez.

**Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität**

**Hinw.:** Hier ist eine kurzstreckige Ösophagusresektion zu kodieren

- 5-424.0 Thorakal
- 5-424.1 Thorakoabdominal
- 5-424.2 Abdominal
- 5-424.x Sonstige
- 5-424.y N.n.bez.

**(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität**

- 5-425.0 Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
- 5-425.1 Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
- 5-425.2 Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie
- 5-425.x Sonstige
- 5-425.y N.n.bez.

Die Art der Rekonstruktion ist für die Codes 5-426 und 5-427 nach folgender Liste zu kodieren:

- 1 Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
- 2 Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
- 3 Mit freier Dünndarminterposition
- 4 Mit Koloninterposition
- x Sonstige

**(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität**

**Hinw.:** Eine durchgeführte Pyloroplastik ist gesondert zu kodieren (5-432.1)

Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren. Es ist jedoch nicht jede Listenposition mit jedem 5-stelligen Kode kombinierbar.

- 5-426.0\*\* Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
- 5-426.1\*\* Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
- 5-426.2\*\* Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie)
- 5-426.x\*\* Sonstige
- 5-426.y N.n.bez.

**Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff)**

**Exkl.:** Primäre Rekonstruktion bei Ösophagusatresie ohne Darminterposition (5-428)

**Hinw.:** Die Art der Rekonstruktion ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-426 zu kodieren. Es ist jedoch nicht jede Listenposition mit jedem 5-stelligen Kode kombinierbar.

- 5-427.0\*\* Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum)
- 5-427.1\*\* Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum)

**(Totale) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion**

**Hinw.:**

- 5-438.0\*\* Mit Dünndarminterposition
- 5-438.1\*\* Mit Dickdarminterposition
- 5-438.x\*\* Sonstige

**4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas — jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 10**

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsbildungsordnung erfüllen.

**Innere Drainage des Pankreas**

**Inkl.:** Drainage von Pankreaszysten und Pankreaspseudozysten

- 5-523.2 Pankreatojejunostomie
- 5-523.x Sonstige

**5-524 Partielle Resektion des Pankreas**

**Hinw.:** Eine ggf. durchgeführte simultane Cholezystektomie ist gesondert zu kodieren (5-511.4 ff.)

- 5-524.0 Linksseitige Resektion (ohne Anastomose)
- 5-524.1 Partielle Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens (OP nach Whipple)

**Inkl.:** Gallenablenkung

- 5-524.2 Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend

**Inkl.:** Gallenablenkung

- 5-524.3 Pankreaskopfresektion, duodenumhaltend
- 5-524.x Sonstige

**(Totale) Pankreatektomie**

**Hinw.:** Eine ggf. durchgeführte simultane Cholezystektomie ist gesondert zu kodieren (5-511.4 ff.)

- 5-525.0 Mit Teilresektion des Magens

**Inkl.:** Gallenablenkung

- 5-525.1 Pyloruserhaltend

**Inkl.:** Gallenablenkung

- 5-525.2 Duodenumhaltend

- 5-525.3 Entfernung eines Pankreastransplantates

- 5-525.4 Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)

**Hinw.:** Dieser Kode ist auch zu kodieren, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt.

Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 5-995 werden nicht im Rahmen des Datensatzes nach § 301 SGB V bzw. § 21 KHEntgG übermittelt.

Die Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende ist im Kode enthalten.

Auf Anfrage sind den zuständigen Krankenkassen von den Krankenhäusern entsprechende Nachweise (u. a. DSO) über die Menge der erbrachten Leistung darzulegen.

5-525.x Sonstige

**5. Stammzelltransplantation — jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 25 (autologe/allogene Knochenmarkstransplantation, periphere hämatopoetische Stammzelltransplantation)**

Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich Kinder in dem Leistungsbereich „autologe/allogene Knochenmarkstransplantation und/oder periphere hämatopoetische Stammzelltransplantation“ behandeln, sind von der Mindestmengenregelung nicht betroffen.

**5-411 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark**

**Exkl.:** Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen (8-805)

5-411.0 Autogen

.00 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.01 Mit In-vitro-Aufbereitung

5-411.2 Allogen, nicht-HLA-identisch, verwandter Spender

.20 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.22 Mit In-vitro-Aufbereitung bei Differenzen in 1 Antigen

.23 Mit In-vitro-Aufbereitung bei Differenzen in 2–3 Antigenen (haploid)

5-411.3 Allogen, nicht-HLA-identisch, nicht verwandter Spender

.30 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.31 Mit In-vitro-Aufbereitung

5-411.4 Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender

.40 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.41 Mit In-vitro-Aufbereitung

5-411.5 Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender

.50 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.51 Mit In-vitro-Aufbereitung

5-411.x Sonstige

5-411.y N.n.bez.

**8-805 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen**

**Exkl.:** Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark (5-411)

8-805.0 Autogen

.00 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.01 Mit In-vitro-Aufbereitung

.02 Stammzellsupport nach Chemotherapie

8-805.2 Allogen, nicht-HLA-identisch, verwandter Spender

.20 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.22 Mit In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen

.23 Mit In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2–3 Antigenen (haploid)

8-805.3 Allogen, nicht-HLA-identisch, nicht verwandter Spender

.30 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.31 Mit In-vitro-Aufbereitung

8-805.4 Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender

.40 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.41 Mit In-vitro-Aufbereitung

8-805.5 Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender

.50 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.51 Mit In-vitro-Aufbereitung

8-805.6 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

.60 Ohne In-vitro-Aufbereitung

.61 Mit In-vitro-Aufbereitung

8-805.x Sonstige

8-805.y N.n.bez.

Die Vertragspartner empfehlen für diesen Leistungsbereich ein anerkanntes Zertifizierungsverfahren für die in der Mindestmengenregelung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V einbezogenen Krankenhäuser.

**6. Kniegelenk Totalendoprothesen — jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus (Betriebsstätte): 50**

5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk

Hinw.: Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (5-784). Die zusätzliche Verwendung von Osteosynthesematerial ist gesondert zu kodieren (5-786). Die komplexe Erstimplantation einer Endoprothese z. B. mit Knochenersatz oder mit Ersatz benachbarter Gelenke ist zusätzlich zu kodieren (5-829.a). Die Verwendung einer Tumorendoprothese ist gesondert zu kodieren (5-829.c).

Die Angabe zur Verwendung von Zement ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

0 ↔ Nicht zementiert

1 ↔ Zementiert

2 ↔ Hybrid (teilzementiert)

5-822.1\*\* Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz

[Subklassifikation]

5-822.2\*\* Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz

[Subklassifikation]

5-822.3\*\* Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz

[Subklassifikation]

5-822.4\*\* Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz

[Subklassifikation]

5-822.6\*\* Scharnierendoprothese ohne Patellaersatz

[Subklassifikation]

5-822.7\*\* Scharnierendoprothese mit Patellaersatz

[Subklassifikation]

5-822.9\*\* Sonderprothese

[Subklassifikation]

**Übergangsregelung für das Jahr 2006:**

Krankenhäuser, die im Jahr 2005 zwischen 40 und 49 Kniegelenk-Totalendoprothesen erbracht haben und im Bundesverfahren der externen stationären Qualitätssicherung des Jahres 2004 Kriterien guter Qualität erfüllen, gemäß den folgenden Ausführungen, erhalten eine Karenzzeit von einem Jahr.

1. Die Beurteilung der Kriterien guter Qualität im Sinne der Übergangsregelung erfolgt auf der Basis der Daten der externen stationären Qualitätssicherung bei der BQS für das Verfahrensjahr 2004 im Leistungsbereich Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation zu fünf ausgewählten Qualitätsindikatoren (QI).
2. Es handelt sich dabei um die Qualitätsindikatoren:
  - QI 1: Indikation
  - QI 2: Letalität
  - QI 3: Postoperative Beweglichkeit
  - QI 4: Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion
  - QI 5: Neu aufgetretene Dekubitalulzera (Grad 2–4)

Qualitätsindikator	Referenzbereich	BQS-Kennzahl-ID #
QI 1: Indikation	> = 82,17 %	44534
QI 2: Letalität*	< = 0,10 %	45060
QI 3: Postoperative Beweglichkeit*	> = 60,79 %	65537
QI 4: Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion*	< = 1 %	47406
QI 5: Neu aufgetretene Dekubitalulzera (Grad 2–4) *	< = 0,47 %	50656

\* Ergebnisqualität: auffällig bei statistisch signifikanter Abweichung vom Referenzbereich, d. h. wenn der zweiseitige 95 %-Vertrauensbereich für Anteile nach Pearson-Clopper bzw. Normalverteilungsapproximation [Hartung J. (2002): Statistik: Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik, S. 202–205] vollständig außerhalb des definierten Referenzbereichs liegt.

# Referenz:

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH: Qualitätsindikatoren zum Leistungsbereich Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Verfahrensjahr 2004. Online verfügbar unter: [http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2004/ergebnisse/leistungsbereiche/knie\\_tep\\_erst/index\\_html](http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2004/ergebnisse/leistungsbereiche/knie_tep_erst/index_html) [Recherchedatum: 08.09.2005]

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH: Qualitätsindikatoren zum Leistungsbereich Pflege: Dekubitusprophylaxe, Verfahrensjahr 2004. Online verfügbar unter: [http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2004/ergebnisse/leistungsbereiche/dek/index\\_html](http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2004/ergebnisse/leistungsbereiche/dek/index_html) [Recherchedatum: 08.09.2005]

3. Gute Qualität im Sinne der Übergangsregelung gilt als erreicht, wenn die Ergebnisse des Krankenhauses für die QI 1 und 2 keine und für die QI 3–5 bei nicht mehr als einem Qualitätsindikator Abweichungen vom Referenzbereich auftreten.
4. Ergebnisse von Krankenhäusern, die die Kriterien guter Qualität im Sinne der Übergangsregelung nicht erfüllen, können auf Wunsch des Krankenhauses von der AG Mindestmenge des Unterausschusses sonstige stationäre Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 7 SGB V einer weiteren Analyse unterzogen werden. Durch einvernehmliches Votum der AG Mindestmenge kann Krankenhäusern nach der Einzelfallanalyse das Erreichen der Kriterien guter Qualität im Sinne der Übergangsregelung attestiert werden.
5. Krankenhäuser mit einer Dokumentationsrate von weniger als 95 % nach QS-Filter-Sollstatistik im Leistungsbereich Knie-TEP-Erstimplantation im Verfahrensjahr 2004 werden von der Übergangsregelung ausgeschlossen.
7. **Koronarchirurgische Eingriffe: Die Aufnahme in den Katalog erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.**

#### Anlage 2

#### Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V

1. Der Mindestmengenkatalog betrifft planbare Leistungen, Notfälle bleiben davon unberührt.
2. Bei der Umsetzung der Mindestmengenregelung muss die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Zum Beispiel ist darauf zu achten, dass im Rahmen der Transplantationschirurgie kurze kalte Ischämiezeiten eingehalten werden.
3. Beim Aufbau neuer Leistungsbereiche werden Übergangszeiträume von 36 Monaten eingeräumt.
4. Bei personeller Neuausrichtung bestehender Leistungsbereiche werden Übergangszeiträume von maximal 24 Monaten eingeräumt.
5. Eingriffe, die unter kurativer Intention begonnen wurden, und als palliative resp. explorative Eingriffe beendet werden, werden berücksichtigt, wenn auch nach der jeweils aktuellen Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien der die Mindestmenge betreffende OPS Kode zu verwenden ist.
6. Lehr-Assistenz wird angerechnet.

Die Vertragspartner sind sich einig, dass Mindestmengen zahlen keinen abschließenden Aufschluss über Qualitätsstandards geben, sondern dass weitere Parameter zu etablieren und zu evaluieren sind.