



Regelungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

(Mindestmengenregelungen, Mm-R)

vom 20. Dezember 2005,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 1373,
in Kraft getreten am 20. Dezember 2005

in der 1. Neufassung vom 21. März 2006,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 5389,
in Kraft getreten am 21. März 2006

zuletzt geändert am 24. November 2011,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 S. 4509,
in Kraft getreten am 1. Januar 2012

§ 1 Zweck der Regelungen

Zweck der Regelungen 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 Ärztin, Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbeständen gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V.
2. Die Gewährleistung eines transparenten und regelgebundenen Verfahrens der Zusammenarbeit bei der Vorbereitung, Entwicklung und Pflege des Kataloges und der Mindestmengen je Ärztin, 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 die Patientin und 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 diesen Regelungen 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 Ärztin, Arzt oder je Krankenhaus gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Anlage 1).
2. Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Anlage 2).

Änderungen der Anlagen dieser Regelungen 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 Institution nach § 137a SGB V aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung und Arbeitsergebnisse des IQWiG nach § 139a 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 § 139a SGB V und der den Vertragspartnern nach § 17b Abs. 2 KHG zur Verfügung stehenden Daten nach § 21 KHEntgG. Dabei ist § 2 Nr. 2 dieser Regelungen 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 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 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Berufsorganisationen der Pflegeberufe und die nach der Patientenbeteiligungverordnung anerkannten Organisationen.

§ 5 Verbindlichkeit für Krankenhäuser

- (1) Die Regelungen sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Wird die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraus-

sichtlich 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 Regelungen bestimmen, bei denen die Anwendung der Mindestmengenregelungen 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 Regelungen in dem Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V darzustellen. Dies gilt insbesondere für die Leistungen, bei denen Ausnahmetatbestände zur Anwendung kommen.