

Änderungen der Mindestmengenregelung Lebertransplantationen

Berlin, 16. Juli 2020 – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin die Mindestmengenregelung für die Durchführung von Lebertransplantationen (einschließlich Teilleber-Lebendspenden) bei Aufrechterhaltung der bestehenden Mindestmengenhöhe von 20 neu gefasst. Aktualisiert wurde dabei der Katalog der Prozeduren und Leistungen, die für die Mindestmenge berücksichtigt werden können. Die wichtigste Änderung: Postmortale Entnahmen von Spenderlebern können künftig nicht mehr auf die Mindestmenge angerechnet werden. Diese Veränderung wird in zwei Schritten umgesetzt und durch Übergangsregelungen begleitet. Alle übrigen auf die Mindestmenge Lebertransplantationen und Teilleber-Lebendspende bislang schon anrechenbaren Leistungen und Prozeduren bleiben unverändert bestehen.

Anrechnungsmöglichkeit von Entnahmen entfällt schrittweise – Frist für Prognosedarlegung verändert

Bereits zum 1. Januar 2021 entfällt der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kode) *5-503.0 Hepatektomie postmortal*. Er ist schon jetzt nur noch von solchen Krankenhausstandorten auf die Mindestmenge anrechenbar, die darüber hinaus weitere Leistungen aus dem Leistungsbereich Lebertransplantation und Teilleber-Lebendspende erbringen, also auch selbst transplantieren. Eine zwölfmonatige Übergangsregelung ermöglicht es den betroffenen Kliniken, sich auf die geänderten Anforderungen einzustellen. Sie können diese Leistung im Jahr 2021 letztmalig für die Prognose für das Jahr 2022 anrechnen lassen.

Ab dem 1. Januar 2022 entfallen dann in einem zweiten Schritt folgende weitere OPS-Kodes: *5-503.1 Entfernung einer Transplantatleber als selbstständiger Eingriff*, sowie alle nicht näher bestimmten OPS-Kodes *5-503.x, 5-503.y, 5-504.x und 5.504.y*. Auch hier greift die zwölfmonatige Übergangsregelung. Kliniken können diese Leistungen im Jahr 2022 letztmalig für die Prognose für das Jahr 2023 anrechnen lassen.

Mit dem aktuellen Beschluss wurde zudem die Frist für die jährliche Prognosedarlegung vom 15. Juli auf den 7. August verschoben.

Leber-Entnahmen sind künftig nur noch dann anrechenbar, wenn es sich dabei um Teilentnahmen zur Leber-Lebendspende handelt oder wenn die kranke Leber des Empfängers als selbstständiger Eingriff entnommen wird, ohne sofort in der gleichen Operation eine Spenderleber transplantieren zu können. Hierbei verbleibt der Empfänger nach dem Eingriff für Stunden oder Tage ohne Leber. Die Entgiftung findet in dieser Zeit maschinell über eine sogenannte „künstliche Leber“ statt. Eine solche – sehr seltene – Behandlungskonstellation kann eintreten, wenn zum Beispiel für den zur Transplantation bereits gelisteten Empfänger



zwar noch kein geeignetes Spenderorgan zur Verfügung steht, jedoch von seiner eigenen erkrankten Leber eine für ihn lebensbedrohliche Gefahr ausgeht (Beispiel: Sepsis aufgrund einer Leber-Nekrose).

Seite 2 von 3

Pressemitteilung Nr. 33 / 2020
vom 16. Juli 2020

Grundlage des jetzt getroffenen Beschlusses des G-BA ist eine systematische Literaturrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei Lebertransplantationen einschließlich Teilleber-Lebendspenden.

Die Regelungen zum Leistungsbereich Lebertransplantation und Teilleber-Lebendspende treten am 1. Januar 2021 in Kraft.

Hintergrund: Mindestmengen für planbare stationäre Leistungen

Der G-BA ist gesetzlich beauftragt, planbare stationäre Leistungen zu benennen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht. Für diese Leistungen legt er in seinen [Mindestmengenregelungen](#) auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen je Ärztin und Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses fest. Hinter der gesetzgeberischen Idee von Mindestmengen steht das Ziel, besonders schwierige Eingriffe nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, die damit ausreichend Erfahrung haben.

Ein Krankenhaus darf diese Leistungen nur dann erbringen und abrechnen, wenn die betreffende Mindestmenge im nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht wird. Der Krankenhausträger hat hierzu jährlich eine Prognose gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abzugeben. Darin muss er unter anderem darlegen, wie oft er die mindestmengenbelegte Leistung im vorausgegangenen Kalenderjahr am betreffenden Standort erbracht hat. Zur Prognose-darlegung werden die mindestmengenrelevanten Leistungen anhand spezifischer Diagnose- und Prozeduren-Kennziffern (ICD- und OPS-Kodes) erfasst, die der G-BA dieser Leistung in seinen Mindestmengenregelungen zugeordnet hat.

Derzeit gibt es acht Leistungen, für die der G-BA [Mindestmengen](#) festgelegt hat. Wie der G-BA hierbei vorzugehen hat, ist im 2. Abschnitt des 8. Kapitels seiner Verfahrensordnung geregelt.



Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.