

Tragende Gründe zum Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme des § 6 (Mindestmengen) in die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Vom 21. Februar 2007

Die Grundidee des § 116b ist die Nutzbarmachung stationärer Erfahrung für die ambulante Versorgung. Es gilt der Grundsatz: Keine Erfahrung ohne Fälle. Im Rahmen von § 116b soll der Ausschuss personelle und sächliche Anforderungen einschließlich der Qualitätsanforderungen und der Überweisungserfordernisse festlegen. Erfahrung in Form von definierten Fallvolumina sollte deshalb Voraussetzung für die Zulassung eines Krankenhauses zur Erbringung von ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V sein. Die Festlegung von Mindestmengen dient dazu, Behandlungserfahrung zu operationalisieren.

Mangels detaillierter Erkenntnis über Mengen-Qualitäts-Zusammenhänge in kleinen Krankheitsgruppen kann gegenwärtig nur ein pauschaler Ansatz gewählt werden – ähnlich wie dies z.B. bei Festlegung von Mindestoperationszahlen innerhalb der ärztlichen Weiterbildungsordnungen geschieht. Für Leistungen nach Anlage 1 und seltene Erkrankungen (Anlage 2) orientiert sich der Gemeinsame Bundesausschuss grundsätzlich an einer Mindestmenge von 50 Fällen (Richtwert: ein Fall pro Woche). Für häufigere Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf kann eine größere Erfahrung erwartet werden. Die Mindestmengen für Erkrankungen nach Anlage 3 sollen sich deshalb grundsätzlich an einem Richtwert von 0,1% der jeweils bundesweit prävalenten Fälle orientieren und sind für jede Erkrankung gesondert in der Anlage aufzuführen. § 6 Abs.1 S.3 legt diesen Grundsatz im Sinne einer Selbstbindung des Gemeinsamen Bundesausschusses fest; Ausnahmen sind in begründeten Einzelfällen möglich.

In beiden Fällen erfolgt die Zählung unabhängig von der Rechtsform, d.h. die stationär behandelten Fälle gelten gleichermaßen wie teilstationäre, ambulante oder im privatärztlichen Rechtsrahmen erbrachte Leistungen.

In Erwartung neuer Erkenntnisse über Mengen-Qualitäts-Zusammenhänge in Deutschland, wird die Regelung zunächst auf drei Jahre befristet und mit mehreren Ausnahmeregelungen ausgestaltet:

- Sollten fundierte Erkenntnisse über andere sinnvolle Mindestmengen existieren, so kann jederzeit eine abweichende Mengen festgelegt oder auf eine Mindestmenge verzichtet werden.
- Sofern für Leistungen nach Anlage 1 oder für Erkrankungen nach Anlage 2 im Einzelfall nur eine niedrigere Mindestmenge als 50 angemessen erscheint oder die Orientierung an Prävalenzen bei Erkrankungen nach Anlage 3 zu einer niedrigeren Mindestmenge als 50 führen würde, würde der Gemeinsame Bundesausschuss gesondert abwägen, ob auf die Festlegung einer

Mindestmenge gänzlich verzichtet werden kann. Für „sehr seltene“ Krankheiten, deren Prävalenz unterhalb von 5 pro 100.000 werden in der Regel keine Mindestmengen festgesetzt. Eine Mindestmenge könnte je nach den Gegebenheiten des Einzelfalls dazu führen, dass fast kein Krankenhaus eine Zulassung erreichen könnte.

- Für Kinder, die in pädiatrischen Einrichtungen behandelt werden, wird keine Mindestmenge festgelegt.
- Die Mindestmenge kann in einem Zweijahreszeitraum unterschritten werden, wenn nachvollziehbare Gründe für einen entsprechenden Fallzahlenanstieg in der Zukunft vorliegen.

Für das komplexe Gebiet der Onkologie wird die Mindestmenge nicht insgesamt sondern für Tumorgruppen festgelegt. Diese können jedoch unterschritten werden, wenn ein Krankenhaus eine ganz spezielle Untergruppe behandelt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss versucht mit der Mindestmengenregelung eine pragmatische Operationalisierung von Behandlungserfahrung. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme die Vorschläge zur Einführung von Mindestmengen in die Richtlinie zu § 116b abgelehnt. Folgt man dieser Argumentation, so könnten auch Krankenhäuser ohne Behandlungserfahrung zugelassen werden. Dies entspräche nicht der qualitätssichernden Funktion der Richtlinien. Eine von der Ärztekammer geforderte bedarfsgerechte Versorgungssteuerung für ambulante Krankenhausleistungen gemäß § 116b ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für eine Bedarfsplanung auf Bundesebene fehlt die Rechtsgrundlage; es würde vielmehr in die Rechte anderer eingegriffen. Die Mindestmengenregelung gibt den für die Zulassung der Krankenhäuser zuständigen Behörden der Länder ein praktikables Beurteilungskriterium an die Hand. Im übrigen stellt die Festlegung einer Mindestmenge lediglich ein ergänzendes Qualitätserfordernis dar.

Siegburg, den 21. Februar 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess