Regelungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

(Mindestmengenregelungen, Mm-R)

in der Fassung 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 7. Dezember 2016
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.12.2016 B8)
in Kraft getreten am 1. Januar 2017

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1 Zweck der Regelungen ... 3

§ 2 Ziele der Mindestmengen ... 3

§ 3 Verfahrensregelung ... 3

§ 4 Vorlageverfahren ... 4

§ 5 Verbindlichkeit für Krankenhäuser ... 4

§ 6 Darstellung der Umsetzung im Qualitätsbericht ... 4

§ 7 Jährliche OPS-Anpassung ... 5

Anlage 1 Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS Version 2017 ... 6

1. Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende) ... 6
2. Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) ... 6
3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus ... 7
4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ... 8
5. Stammzelltransplantation ... 8
6. Kniegelenk-Totalendoprothesen ... 9
7. Koronarchirurgische Eingriffe ... 9
8. Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g ... 9

Weitere Regelungen ... 10

Anlage 2 Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ... 11

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 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 § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 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) [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 in jeweils gültiger Fassung sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Ärztin, Arzt oder je Krankenhaus gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Anlage 1).
2. Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Anlage 2).

[2]Änderungen der Anlagen dieser Regelungen treten zum 1. Januar des Folgejahres in Kraft. [3]Die sich daraus ergebenden Neufassungen sind unverzüglich nach Beschlussfassung in geeigneter Weise bekannt zu geben. [4]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).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

2. [1]Die Identifikation von Leistungen bzw. Leistungsbereichen hat sich dabei an epidemiologisch und empirisch gesicherten Zusammenhängen von Qualität und Leistungsmenge zu orientieren. [2]Dabei sollen auch Erkenntnisse aus dem internationalen Umfeld Beachtung finden.
3. Vorliegende Ergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung und Arbeitsergebnisse des IQWiG nach § 139a SGB V zur Festlegung von Schwellenwerten sind einzubeziehen.
4. [1]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. [2]Dabei ist § 2 Nr. 2 dieser Regelungen zu beachten.
5. [1]Bewertungen bereits bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen bzw. deren Ergebnisse gemäß §§ 136, 136a und 136b SGB V hinsichtlich der Gewährleistung einer angemessenen Ergebnisqualität. [2]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 Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen.

§ 5 Verbindlichkeit für Krankenhäuser

(1) [1]Die Regelungen sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. [2]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 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

[1]Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Umsetzung dieser Regelungen in dem Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V darzustellen. [2]Dies gilt insbesondere für die Leistungen, bei denen Ausnahmetatbestände zur Anwendung kommen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 7 Jährliche OPS-Anpassung

Der Unterausschuss Qualitätssicherung nimmt die durch die jährliche Aktualisierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information erforderlichen OPS-Anpassungen in der Anlage 1 der Regelungen vor, soweit gemäß 1. Kapitel § 4 Abs. 2 Satz 2 der Verfahrensordnung der Kerngehalt der Regelungen nicht berührt wird.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1 Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS Version 2017

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

OPS Version 2017	
Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation)	
5-503.0	Hepatektomie, postmortal
5-503.1	Entfernung einer Transplantatleber als selbständiger Eingriff
5-503.2	Entfernung einer Eigenleber als selbständiger Eingriff
5-503.3	Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organspende
5-503.4	Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organspende
5-503.5	Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organspende
5-503.6	Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organspende
5-503.x	Sonstige
5-503.y	N.n.bez.

OPS Version 2017	
Lebertransplantation	
5-504.0	Komplett (gesamtes Organ)
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 Aufenthaltes
5-504.4	Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthaltes
5-504.5	Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
5-504.x	Sonstige
5-504.y	N.n.bez.

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

OPS Version 2017	
Nierentransplantation	
5-555.0	Allogen, Lebendspender
5-555.1	Allogen, Leichenniere
.10	Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung
.11	Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung
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 Aufenthaltes
5-555.7	Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes
.70	Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung
.71	Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-555.8	Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.x	Sonstige
5-555.y	N.n.bez.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

OPS Version 2017	
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	
5-424.0	Thorakal
5-424.1	Thorakoabdominal
.10	Ohne proximale Magenresektion
.11	Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, transhiatal
.12	Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, durch Thorakotomie
.1x	Sonstige
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.

OPS Version 2017	
(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität	
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)	
5-427.0**	Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum)
5-427.1**	Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum)
Andere Operationen am Ösophagus	
5-429.p	Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems
.p0	Offen chirurgisch
.p1	Laparoskopisch
.p2	Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-429.q	Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems
.q0	Offen chirurgisch
.q1	Laparoskopisch
.q2	Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion	
5-438.0**	Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition
5-438.1**	Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition
5-438.x**	Sonstige

Diese Richtlinie - Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen.

OPS Version 2017	
Innere Drainage des Pankreas	
5-523.2	Pankreatojejunostomie
5-523.x	Sonstige
Partielle Resektion des Pankreas	
5-524.0	Linksseitige Resektion (ohne Anastomose)
.00	Offen chirurgisch
.01	Laparoskopisch
.02	Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-524.1	Partielle Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens (OP nach Whipple)
5-524.2	Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend
5-524.3	Pankreaskopfresektion, duodenumerhaltend
5-524.4	Pankreassegmentresektion
5-524.x	Sonstige
(Totale) Pankreatektomie	
5-525.0	Mit Teilresektion des Magens
5-525.1	Pyloruserhaltend
5-525.2	Duodenumerhaltend
5-525.3	Entfernung eines Pankreastransplantates
5-525.4	Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)
5-525.x	Sonstige

5. Stammzelltransplantation – jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 25 (autologe/allogene Knochenmarktransplantation, periphere hämato-poetische Stammzelltransplantation)

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

OPS Version 2017	
Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark	
5-411.0	Autogen
.00	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.02	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
5-411.2	Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender
.24	**Nach** In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
.25	**Nach** In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
.26	Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
.27	Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
5-411.3	Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender
.30	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.32	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
5-411.4	Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
.40	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.42	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
5-411.5	Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender
.50	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.52	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
5-411.6	Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes
5-411.x	Sonstige
5-411.y	N.n.bez.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

OPS Version 2017	
Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen	
8-805.0	Autogen
.00	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.03	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
8-805.2	Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender
.24	**Nach** In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
.25	**Nach** In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
.26	Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
.27	Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
8-805.3	Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender
.30	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.32	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
8-805.4	Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
.40	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.42	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
8-805.5	Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender
.50	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.52	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
8-805.6	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen
.60	Ohne In-vitro-Aufbereitung
.62	**Nach** In-vitro-Aufbereitung
8-805.7	Retransfusion während desselben stationären Aufenthaltes
8-805.x	Sonstige
8-805.y	N.n.bez.

6. Kniegelenk-Totalendoprothesen – jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus (Betriebsstätte): 50

OPS Version 2017	
Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	
5-822.9**	Sonderprothese
5-822.g**	Bikondyläre Oberflächenersatzprothese
5-822.h**	Femoral und tibial schaftverankerte Prothese
5-822.j**	Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit
5-822.k**	Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese

7. Koronarchirurgische Eingriffe: Die Aufnahme in den Katalog erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

8. Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g – jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1 entsprechend der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene: 14

Eine Angabe der OPS-Ziffern entfällt, da der OPS-Katalog keine eindeutigen Ziffern für diese Behandlung enthält.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Weitere Regelungen:

Bei in dieser Anlage aufgeführten Leistungen, die postmortal zur Transplantation durchgeführt und nicht im Rahmen des Datensatzes nach § 301 SGB V bzw. § 21 KHEntgG übermittelt werden, müssen die Krankenhäuser den zuständigen Krankenkassen auf Anfrage entsprechende Nachweise (u.a. der Deutschen Stiftung Organtransplantation) über die Menge der erbrachten Leistungen vorlegen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 2 Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

1. Der Mindestmengenkatalog betrifft planbare Leistungen, Notfälle bleiben davon unberührt.
2. [1]Bei der Umsetzung der Mindestmengenregelungen muss die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. [2]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 Mindestmengenzahlen keinen abschließenden Aufschluss über Qualitätsstandards geben, sondern dass weitere Parameter zu etablieren und zu evaluieren sind.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.