



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

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 § 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 Patientenbeteiligungsverordnung 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1

**Hinweis zu den Nummern 6 und 8:
Siehe Beschlüsse vom 15.09.2011 und 19.01.2012
über befristete Außervollzugsetzungen**

**Katalog der Prozeduren und Leistungen
in der OPS Version 2012 inkl. spezieller ein- oder ausgrenzender Kriterien**

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

OPS 2012	
5-503	Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation)
5-503.0	Hepatektomie, postmortal Hinw.: Dieser Code 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 Code und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzcode 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 Code 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 selbständiger Eingriff Exkl.: Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation (5-504.0)
5-503.2	Entfernung einer Eigenleber als selbständiger 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.

OPS 2012	
5-504	Lebertransplantation Exkl.: Allogene Hepatozytentransplantation (8-862) Hinw.: Bei AB0-nichtkompatibler Transplantation ist der Code 5-930.21 zusätzlich anzugeben.
5-504.0	Komplett (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

OPS 2012	
5-555	Nierentransplantation <i>Hinw.:</i> Bei AB0-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.

OPS 2012	
5-423	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.
5-424	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität <i>Hinw.:</i> 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.
5-425	(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 2012	
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
5-426	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität <i>Hinw.:</i> 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.
5-427	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)
5-429	Andere Operationen am Ösophagus Exkl.: Endoskopische Fremdkörperentfernung (8-100.6, 8-100.7) Tamponade einer Ösophagusblutung (8-501)
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
5-438	(Totale) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion Hinw.: Die Lymphadenektomie ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-436 zu kodieren.
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 Weiterbildungsordnung erfüllen.

OPS 2012	
5-523	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., 5-511.5 ff.).
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) Inkl.: Gallenableitung
5-524.2	Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend Inkl.: Gallenableitung
5-524.3	Pankreaskopfresektion, duodenumerhaltend
5-524.4	Pankreassegmentresektion Exkl.: Pankreasschwanzresektion (5-524.0) Hinw.: Hier sind Segmente von Pankreaskörper oder Pankreasschwanz gemeint.
5-524.x	Sonstige
5-525	(Totale) Pankreatektomie

	Hinw.:	Eine ggf. durchgeführte simultane Cholezystektomie ist gesondert zu kodieren (5-511.4 ff., 5-511.5 ff.).
5-525.0		Mit Teilresektion des Magens
	Inkl.:	Gallenableitung
5-525.1		Pyloruserhaltend
	Inkl.:	Gallenableitung
5-525.2		Duodenerhaltend
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 Knochenmarktransplantation, periphere hämatopoetische 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 2012	
5-411	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark
	Exkl.: Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen (8-805) Autogene Stammzelltherapie (8-860)
	Hinw.: Die In-vitro-Aufbereitung der Stammzellen ist von der Klinik gesondert zu kodieren, bei der der Aufwand für die In-vitro-Aufbereitung entstanden ist (5-410.2 ff.)
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.x	Sonstige
5-411.y	N.n.bez.

OPS 2012	
8-805	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen Exkl.: Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark (5-411) Autogene Stammzelltherapie (8-860) Hinw.: Die In-vitro-Aufbereitung der Stammzellen ist von der Klinik gesondert zu kodieren, bei der der Aufwand für die In-vitro-Aufbereitung entstanden ist (5-410.2 ff.)
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.x	Sonstige
8-805.y	N.n.bez.

Hinweis zu Nummer 6:
siehe Beschluss vom 15.09.2011 über eine befristete Außervollzugsetzung

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

OPS 2012	
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 Anwendung von hypoallergenen Prothesen ist gesondert zu kodieren (5-829.e). 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

5-822.7**	[Subklassifikation] Scharnierendoprothese mit Patellaersatz
5-822.9**	[Subklassifikation] Sonderprothese [Subklassifikation] Inkl.: Tumorprothese, CAD-CAM-Prothese
5-822.a**	Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, ohne Patellaersatz [6. Stelle: 1,2] Exkl.: Implantation einer unikondylären Schlittenprothese (5-822.0 ff.) Hinw.: Die erweiterte Beugefähigkeit entspricht einer Beugefähigkeit von mindestens 130 Grad.
5-822.b**	Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit, mit Patellaersatz [6. Stelle: 1,2] Exkl.: Implantation einer unikondylären Schlittenprothese (5-822.0 ff.) Hinw.: Die erweiterte Beugefähigkeit entspricht einer Beugefähigkeit von mindestens 130 Grad.
5-822.d**	Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, ohne Patellaersatz [Subklassifikation]
5-822.e**	Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese, mit Patellaersatz [Subklassifikation]

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 Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen: 30

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

**Hinweis zu Nummer 8:
Siehe Beschluss vom 19.01.2012 über
eine befristete Außervollzugsetzung**

Anlage 2

Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

1. Der Mindestmengenkatalog betrifft planbare Leistungen, Notfälle bleiben davon unberührt.
2. Bei der Umsetzung der Mindestmengenregelungen 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.