



Nr. 42 / 2017

Qualitätssicherung

Mindestmengenregelungen für stationäre Leistungen grundlegend überarbeitet

Berlin, 17. November 2017 – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Freitag eine Neufassung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für planbare stationäre Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie ein neues Kapitel zu Mindestmengen in seiner Verfahrensordnung beschlossen.

„Mindestmengen für planbare komplexe stationäre Leistungen wie zum Beispiel für die Versorgung von Frühgeborenen sollen zur Reduzierung von Komplikationen und Langzeitschäden beitragen“, erläuterte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. „Bislang war die Einführung von Mindestmengen an den Nachweis einer Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge ‚in besonderem Maße‘ gebunden. Die Unschärfe dieser Vorgabe hat zu zahlreichen Gerichtsprozessen geführt und die Einführung von Mindestmengen faktisch lahmgelegt. Im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) die Formulierung ‚in besonderem Maße‘ gestrichen und den G-BA beauftragt, insbesondere das Nähere zur Auswahl einer planbaren Leistung sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge in seiner Verfahrensordnung zu regeln.

Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ist ausdrücklich nicht erforderlich. Es muss jedoch eine Studienlage bestehen, die auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweist. Krankenhäuser, die eine festgelegte Mindestmenge voraussichtlich nicht erreichen, dürfen die entsprechenden Leistungen nicht erbringen. Dies war schon vor dem KHSG so, jedoch ohne konsequente Umsetzung.

Zukünftig muss der Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht wird, ansonsten besteht kein Vergütungsanspruch. Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel dann vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge erreicht hat. Das Nähere zur Darlegung der Prognose einschließlich Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen hat eine Neufassung der Mindestmengen-Regelung erforderlich gemacht, die wir nunmehr auch abgeschlossen haben. Auf Basis der Neuregelungen können wir in 2018 die Beratungen zu konkreten Mindestmengen wieder aufnehmen. Neu festgelegte Mindestmengen werden zukünftig im Rahmen einer Begleitforschung zeitnah evaluiert werden.“

Seite 1 von 4

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Wegelystraße 8, 10623 Berlin
Postfach 120606, 10596 Berlin

Telefon: 030 275838-811

Fax: 030 275838-805

E-Mail: presse@g-ba.de

www.g-ba.de

www.g-ba.de/presse-rss

**Ansprechpartnerinnen
für die Presse:**

Kristine Reis (Ltg.)

Gudrun Köster



Wesentliche Neuerungen der überarbeiteten Mindestmengenregelungen

Seite 2 von 4

Pressemitteilung Nr. 42 / 2017
vom 17. November 2017

- Ermittlung der erbrachten Leistungsmenge

Um eine bundesweit einheitliche Erfassung der erbrachten Leistungen zu gewährleisten, werden Vorgaben zur Zählweise und zur zeitlichen Zuordnung getroffen.

- Berechtigung der Leistungserbringung

Auf der Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Regelungen wird in den Mm-R näher definiert, in welchem Fall ein Krankenhaus die Leistungen, zu denen Mindestmengen festgelegt sind, erbringen darf. Das ist dann der Fall, wenn die Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird. Der Krankenhausträger hat diese Erwartung als Prognose gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darzulegen.

- Form und Frist der Darlegung der Prognose und Mitteilungspflichten

Die Mm-R regeln nun detailliert die Inhalte, die Form und Fristen der Prognosedarlegung sowie der Prüfung der Prognose durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen.

Allgemeine Ausnahmetatbestände sind bislang in Anlage 2 der Mm-R aufgeführt. Stattdessen werden nun in einem eigenen Paragraphen die Ausnahmetatbestände für Krankenhäuser ohne Leistungsberechtigung festgehalten: Eine ausnahmsweise Leistungserbringung mit entsprechendem Vergütungsanspruch ist nur dann möglich, wenn ein Krankenhaus eine Leistung erstmalig oder erneut erbringen möchte oder wenn der G-BA für die Leistung den Ausnahmetatbestand „Hohe Qualität“ vorgesehen hat und das Krankenhaus entsprechende Nachweise vorlegen kann. Darüber hinaus können leistungsspezifische Ausnahmetatbestände festgelegt werden.

Für den Fall, dass für eine Leistung eine Mindestmenge neu festgelegt, erhöht oder ein Arztbezug für die Bemessung eingeführt wird, gilt eine Übergangsfrist von in der Regel zwölf, jedoch maximal 24 Monaten, innerhalb welcher die Mindestmenge nicht in voller Höhe erfüllt werden muss.

Ergänzung der Verfahrensordnung zur Festlegung und Überarbeitung von Mindestmengen

Ziel der Verfahrensbestimmungen ist es, das Verfahren zur Festlegung von Leistungen, für die Mindestmengen, einschließlich deren Höhe, bestimmt werden, nachvollziehbar und transparent zu gestalten. Die Details insbesondere zu folgenden Fragen sind zukünftig in der Verfahrensordnung geregelt:



- Wer ist berechtigt, einen Antrag zur Festlegung oder Überarbeitung einer Mindestmenge zu stellen, wie sehen die formalen und inhaltlichen Anforderungen aus und wer prüft und entscheidet über den eingebrachten Antrag?
- Unter welchen Voraussetzungen ist eine stationäre Leistung „mindestmengenfähig“ und wie stellt der G-BA die Planbarkeit und die Abhängigkeit der Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen fest?
- Wie und auf der Basis welcher Abwägungen legt der G-BA die Höhe und den Bezug von Mindestmengen fest?
- Welche Anforderungen bestehen hinsichtlich einer Begleitevaluation neu festgelegter Mindestmengen?

Der Beschluss zur Änderung der Mm-R tritt am 1. Januar 2018 – unter Berücksichtigung der Übergangsbestimmungen beispielsweise für die Darlegung der Prognose und die Ermittlung der Leistungsmenge – in Kraft.

Der Beschluss zur Änderung der Verfahrensordnung tritt nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Hintergrund: Mindestmengenregelungen für planbare stationäre Leistungen

Der G-BA ist gemäß § 136b SGB V beauftragt, für Krankenhäuser einen Katalog planbarer Leistungen zu beschließen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Für die jeweiligen Leistungen sind Mindestmengen festzulegen: Je Ärztin/Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder aber je Ärztin/Arzt und Standort eines Krankenhauses.

Zu bislang sieben Leistungen hat der G-BA seit 2004 Mindestmengen festgelegt und sie in die Anlage 1 seiner [Mindestmengenregelungen](#) aufgenommen:

- Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)
- Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)
- komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)
- komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)
- Stammzelltransplantation
- Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm



Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hatte die bisherigen gesetzlichen Regelungen zu Mindestmengen in § 136b SGB V verändert. Der G-BA wurde beauftragt, für seine Mindestmengenregelungen Ausnahmetatbestände und Übergangsbestimmungen vorzusehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Er soll darüber hinaus das Nähere zur Darlegung der Prognose regeln: Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung müssen die Krankenhäuser gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darlegen, dass sie die geforderte Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreichen.

Seite 4 von 4

Pressemitteilung Nr. 42 / 2017
vom 17. November 2017

Zudem wurde der G-BA mit dem KHSG beauftragt, zur nachvollziehbaren und gleichmäßigen Umsetzung sowie zur Operationalisierung und Transparenz das Nähere, insbesondere zur Auswahl einer planbaren Leistung sowie zur Höhe einer Mindestmenge, in seiner Verfahrensordnung zu regeln.

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.