

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen

Vom 17. November 2017

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. November 2017 beschlossen, die Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R) in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz S. 5389), zuletzt geändert durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 7. Dezember 2016 (BAnz AT 23.12.2016 B 8), wie folgt zu ändern:

I. Die §§ 1 bis 7 der Mindestmengenregelungen werden durch folgende §§ 1 bis 10 ersetzt:

„§ 1 Rechtsgrundlagen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten einen Katalog planbarer Leistungen zu beschließen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses.

(2) Gemäß § 136b Absatz 4 Satz 5 SGB V hat der G-BA in den Mindestmengenregelungen das Nähere zur Darlegung der Prognose zu regeln, die als Voraussetzung für die Zulässigkeit der Leistungserbringung vom Krankenhausträger einmal jährlich gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dargelegt werden muss.

(3) Gemäß § 136b Absatz 3 Satz 1 SGB V soll der G-BA bei den Mindestmengenfestlegungen Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.

§ 2 Anwendungsbereich

(1) Die Mindestmengenregelungen sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Mindestmengen sind in der nach Leistungsbereichen gegliederten Anlage zu diesen Regelungen bestimmt und gelten grundsätzlich je Standort eines Krankenhauses gemäß Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29. August 2017 für den jeweils zugeordneten Katalog planbarer Leistungen.

(2) Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sind in den § 6, § 7 und § 8 festgelegt.

(3) Sofern leistungsspezifisch abweichende oder ergänzende Bezugspunkte, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen gelten, sind diese in der Anlage zu diesen Regelungen festgelegt.

§ 3 Ermittlung der erbrachten Leistungsmenge

(1) Die zu ermittelnden Leistungsmengen entsprechen der Summe der im Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 sowie der Summe der im Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 durch das Krankenhaus je Mindestmenge erbrachten Leistungen nach Absatz 2 einschließlich Notfallbehandlungen.

(2) Für die Berechnung der Leistungsmenge nach Absatz 1 sind diejenigen erbrachten Leistungen zu berücksichtigen, die in der Anlage zu diesen Regelungen nach

a. Diagnosen oder

b. Prozeduren oder

c. anderen ausgewählten Merkmalen aus der Datensatzbeschreibung gemäß § 301 SGB V oder

d. einer Kombination aus denselben

in dem Katalog planbarer Leistungen des jeweiligen Leistungsbereichs bestimmt sind. Dies gilt grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten und ist insbesondere unabhängig von dem für die erbrachte Leistung zuständigen Kostenträger, dem Versicherungsträger, den bestehenden Versicherungsverhältnissen der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig von bestehenden Verträgen zwischen dem Träger des Krankenhauses und der die Leistung erbringenden Ärztin oder dem die Leistung erbringenden Arzt.

(3) Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Erfassung der erbrachten Leistungen nach Absatz 2 und deren Erhebung für den einzelnen Standort hat der Träger des Krankenhauses eine im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelte und vom G-BA beschlossene Softwarespezifikation für die Krankenhausstandorte zu verwenden.

(4) Für die zeitliche Zuordnung der erbrachten Leistungen zur Ermittlung der Leistungsmenge nach Absatz 1 ist der Tag der stationären Aufnahme der Patientin oder des Patienten maßgeblich, für operative Leistungen der Tag, an dem die Operation durchgeführt wurde.

(5) Operative Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen, die in einer Sitzung beidseitig durchgeführt werden, sind als jeweils einzelne Leistung nach Absatz 1 anrechenbar, auch wenn sie für Abrechnungszwecke mit nur einem Prozedurenschlüssel für einen beidseitigen Eingriff kodiert werden müssen.

(6) Operative Eingriffe, die nicht wie vorgesehen vollendet oder unterbrochen wurden, gelten nur dann im Sinne von Absatz 1 als erbracht, wenn diese gemäß der jeweils aktuellen Fassung der zwischen den Vertragspartnern nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinien mit einem Prozedurenschlüssel gemäß Absatz 2 zu kodieren sind.

(7) Sofern mindestmengenspezifische Besonderheiten zur Berechnung der Leistungsmenge nach Absatz 1 gelten, sind diese in der Anlage zu diesen Regelungen bestimmt. Dies gilt auch für die Zählweise bei operativen Eingriffen nach Absatz 5, die Zählweise arztbezogener Mindestmengen sowie die Zählweise bei Lehrassistenten.

§ 4 Berechtigung zur Leistungserbringung

(1) Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung gemäß § 136b Absatz 4 Satz 3 SGB V muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die in der Anlage festgelegte Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Eine berechtigte mengenmäßige Erwartung liegt gemäß § 136b Absatz 4 Satz 4 SGB V in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen

Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat.

(2) Der gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darzulegenden Prognose sind die im Katalog planbarer Leistungen jeweils spezifisch bestimmten Leistungen zu Grunde zu legen. Die voraussichtliche Leistungsentwicklung nach Absatz 1 ist vom Krankenhausträger unter Berücksichtigung

1. der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 des vorausgegangenen Kalenderjahres
2. der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 in den letzten zwei Quartalen des vorausgegangenen Kalenderjahres und den ersten zwei Quartalen des laufenden Kalenderjahres,
3. personeller Veränderungen und
4. struktureller Veränderungen zu begründen.

Der Krankenhausträger kann weitere Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung heranziehen.

(3) Personelle, strukturelle und gegebenenfalls weitere Veränderungen, die das Erreichen der Mindestmengenanzahl in den in Absatz 2 unter Nummer 1 und 2 genannten Zeiträumen verhindert haben, können kein weiteres Mal in Folge als alleiniger Umstand zur Begründung der Prognose herangezogen werden.

(4) Wird die Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht und sind keine Ausnahmetatbestände oder Übergangsregelungen im Sinne von § 6, § 7 oder § 8 erfüllt, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht gemäß § 136b Absatz 4 Satz 2 SGB V kein Vergütungsanspruch zu. Satz 2 gilt nicht, wenn diese Leistung im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

§ 5 Form und Frist der Darlegung der Prognose und Mitteilungspflichten

(1) Die Prognose des Krankenhausträgers ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis spätestens zum 15. Juli des laufenden Kalenderjahres schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur zu übermitteln.

(2) Der Krankenhausträger hat die Prognose ohne vorherige Aufforderung zu übermitteln. Hierzu veröffentlicht der GKV-Spitzenverband jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite. Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.

(3) Vom Krankenhausträger sind folgende Angaben standortbezogen zu übermitteln:

- a. Name, Adresse und Standortnummer des Krankenhausstandortes gemäß des Verzeichnisses nach § 293 Absatz 6 SGB V,
- b. die Leistung aus dem Katalog planbarer Leistungen, für die die Prognose erfolgt,
- c. die jeweiligen Leistungsmengen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 sowie Nummer 2
- d. aussagekräftige Belege, sofern zur Prognose die Kriterien nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 und 4 sowie Umstände nach § 4 Absatz 2 Satz 3 herangezogen werden.

Unberührt von Absatz 1 hat der Krankenhausträger die Leistungsmenge nach § 4 Absatz 2 in maschinenlesbarer Form unter Anwendung der im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelten und vom G-

BA beschlossenen Spezifikation zu übermitteln. Personenbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer sind durch den Krankenhausträger zu pseudonymisieren.

(4) Der Eingang der Prognosedarlegung wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch unter Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur bestätigt.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen prüfen die Prognose und teilen dem Krankenhausträger standortbezogen bis spätestens zum 31. August des laufenden Kalenderjahres schriftlich oder elektronisch unter Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur das Ergebnis dieser Prüfung mit.

(6) Sofern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger übermittelten Prognose haben, können sie die Prognose widerlegen. Die Widerlegung der Prognose ist dem Krankenhausträger bis spätestens zum 31. August eines laufenden Kalenderjahres schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur mitzuteilen.

(7) Für die Aufgaben nach Absatz 5 und Absatz 6 stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem einzelnen Krankenhausträger auf Landesebene ein gemeinsames und einheitliches Handeln sicher.

(8) Die Landesverbände der Kassen und die Ersatzkassen informieren die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den G-BA standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen. Der G-BA legt dazu ein einheitliches Berichtsformat fest.

§ 6 Ausnahmetatbestände

Ist das Krankenhaus nach § 4 nicht zur Leistungserbringung berechtigt, so besteht nur dann kein Leistungserbringungsverbot und kein Vergütungsausschluss gemäß § 4 Absatz 3, wenn das Krankenhaus eine Leistung erstmalig oder erneut gemäß § 7 erbringen möchte oder wenn der G-BA für die Leistung den Ausnahmetatbestand hohe Qualität im Sinne von § 136b Absatz 3 Satz 1 SGB V vorgesehen hat und das Krankenhaus nachgewiesen hat, dass es die vom G-BA in der Anlage bestimmten Qualitätsanforderungen und Bewertungskriterien erfüllt. Für den Nachweis nach Satz 1 gilt § 5 Absatz 1 entsprechend.

§ 7 Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung

(1) Die erstmalige Erbringung einer Leistung aus dem Katalog planbarer Leistungen oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung ist ein Ausnahmetatbestand.

(2) Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach Absatz 1, teilt der Krankenhausträger vorab den Beginn der Leistungserbringung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mit.

(3) Das Krankenhaus hat dabei in den ersten 12 Monaten der Leistungserbringung mindestens 50 Prozent der Mindestmenge zu erfüllen. Die Ermittlung der Leistungsmenge nach Satz 1 beginnt zum 1. des Monats, in dem die betreffende Leistung das erste Mal erbracht wurde. Erfüllt das Krankenhaus die 50 Prozent der festgesetzten Mindestmenge in den ersten 12 Monaten nicht, besteht mit Beginn des 13. Monats nach Beginn der Leistungserbringung nach Satz 2 ein Leistungserbringungsverbot und Vergütungsausschluss. Der Krankenhausträger übermittelt schriftlich die Leistungsmenge nach Satz 1 bis spätestens zum 15. des auf diesen Zeitraum folgenden Monats an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Der Eingang wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich bestätigt.

(4) Erfüllt der Krankenhausstandort nachweislich die nach Absatz 3 Satz 1 geforderte Leistungsmenge, schließt sich, abweichend von § 4 Absatz 2 Nummern 1 und 2 unmittelbar der erste 12-monatige Zeitraum an, in welchem die jeweils festgelegte Mindestmenge gilt. Zum 15. des auf diesen Zeitraum folgenden Monats erfolgt eine Prognose entsprechend §§ 4 und 5. Abweichend von § 4 Absatz 2 Nummer 1 und 2 wird dieser Prognose der Zeitraum nach Satz 1 zugrunde gelegt.

(5) Ist eine Prognose nach Absatz 4 dargelegt worden, hat der Krankenhausträger anschließend die Prognose nach Maßgabe von §§ 4 und 5 erstmals bis spätestens zum nächsten 15. Juli zu übermitteln.

§ 8 Übergangsregelungen

Bei Festlegung neuer Mindestmengen oder bei Erhöhungen bereits bestehender Mindestmengen oder bei Einführung des Arztbezuges bereits bestehender Mindestmengen bestehen für Krankenhäuser Übergangsfristen von in der Regel 12, jedoch maximal von 24 Monaten, in welchen die neue Mindestmenge noch nicht in voller Höhe erfüllt werden muss. Die Höhe der Leistungsmenge, welche ersatzweise während der Übergangsfrist mindestens erfüllt werden muss, und die leistungsbezogen festgelegte Dauer der Übergangsfrist bestimmt die Anlage.

§ 9 Veröffentlichung und Transparenz

Die Umsetzung der Mindestmengenregelungen ist im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.

§ 10 Übergangsbestimmungen bei Inkrafttreten

(1) Für die Darlegung der Prognose im Jahr 2018 gelten die gesetzlichen Vorschriften zunächst noch ohne die spezifizierenden Vorgaben der §§ 4 und 5 weiter. Diese Regelungen finden erst ab dem Jahr 2019 Anwendung. Abweichend von Satz 2 findet die Verpflichtung zur Übermittlung der Standortnummer gemäß § 5 Absatz 3 Buchstabe a erst ab dem Jahr 2020 Anwendung.

(2) Die Ermittlung der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 und deren Übermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen hat im Jahr 2018 ohne Spezifikation schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur zu erfolgen. Die Spezifikation gemäß § 3 Absatz 3 und § 5 Absatz 3 findet erst ab dem Jahr 2019 Anwendung.

(3) Eine bis zum 31. Dezember 2017 bestehende Berechtigung zur Leistungserbringung auf Grundlage von Ausnahmetatbeständen oder Übergangsfristen der Mindestmengenregelung in der Fassung vom 20. Dezember 2015, zuletzt geändert am 7. Dezember 2016 (BAnz AT 23.12.2016 B 8), bleibt unberührt.“

II. Die Anlage 1 der Mindestmengenregelungen (Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS Version 2017) wird wie folgt geändert:

1. Im Titel der Anlage wird die Anlagenbezeichnung „1“ gestrichen.
2. In den Nummern 1 bis 6 und Nummer 8 wird das Wort „Krankenhaus“ ersetzt durch „Standort eines Krankenhauses“.
3. In Nummer 6 wird der Zusatz „(Betriebsstätte)“ gestrichen.

III. Die Anlage 2 (Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) wird aufgehoben.

IV. Inkrafttreten

Die Änderungen der Mindestmengenregelungen treten am 1. Januar 2018 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. November 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Der Beschluss tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 01.01.2018 in Kraft.