

Regelungen



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 17. Mai 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 07.06.2018 B3)
in Kraft getreten am 8. Juni 2018

Inhalt

§ 1	Rechtsgrundlagen	3
§ 2	Anwendungsbereich	3
§ 3	Ermittlung der erbrachten Leistungsmenge	3
§ 4	Berechtigung zur Leistungserbringung	4
§ 5	Form und Frist der Darlegung der Prognose und Mitteilungspflichten	5
§ 6	Ausnahmetatbestände	6
§ 7	Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung	6
§ 8	Übergangsregelungen	6
§ 9	Veröffentlichung und Transparenz	7
§ 10	Übergangsbestimmungen bei Inkrafttreten	7
Anlage	Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS Version 2018	8
1.	Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	8
2.	Nierentransplantation (inkl. Lebendspende).....	8
3.	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus.....	9
4.	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas.....	10
5.	Stammzelltransplantation.....	10
6.	Kniegelenk-Totalendoprothesen	11
7.	Koronarchirurgische Eingriffe.....	11
8.	Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g....	11
	Weitere Regelungen:	12

§ 1 Rechtsgrundlagen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (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) ¹Die Mindestmengenregelungen sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. ²Die 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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (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) ¹Für 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. ²Dies 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) ¹Sofern mindestmengenspezifische Besonderheiten zur Berechnung der Leistungsmenge nach Absatz 1 gelten, sind diese in der Anlage zu diesen Regelungen bestimmt. ²Dies gilt auch für die Zählweise bei operativen Eingriffen nach Absatz 5, die Zählweise arztbezogener Mindestmengen sowie die Zählweise bei Lehrassistenzen.

§ 4 Berechtigung zur Leistungserbringung

(1) ¹Für 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). ²Eine 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) ¹Der 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. ²Die 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.

³Der 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 in Nummer 1 und 2 genannten Zeiträumen verhindert haben, können kein weiteres Mal in Folge als alleiniger Umstand zur Begründung der Prognose herangezogen werden.

(4) ¹Wird die Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht und sind keine Ausnahmetatbestände oder Übergangsregelungen im Sinne der §§ 6, 7 oder § 8 erfüllt, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. ²Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht gemäß § 136b Absatz 4 Satz 2 SGB V kein Vergütungsanspruch zu. ³Satz 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) ¹Der Krankenhausträger hat die Prognose ohne vorherige Aufforderung zu übermitteln. ²Hierzu veröffentlicht der GKV-Spitzenverband jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite. ³Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.

(3) ¹Vom Krankenhausträger sind folgende Angaben standortbezogen zu übermitteln:

a) Name, Adresse und Standortnummer des Krankenhausstandorts gemäß dem Verzeichnis 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.

²Unberührt von Absatz 1 hat der Krankenhausträger die Leistungsmenge nach § 4 Absatz 2 in maschinenlesbarer Form unter Anwendung der im Auftrag des G-BA vom IQTIG entwickelten und vom G-BA beschlossenen Spezifikation zu übermitteln. ³Personenbezogene 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) ¹Sofern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger übermittelten Prognose haben, können sie die Prognose widerlegen. ²Die 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 den Absätzen 5 und 6 stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem einzelnen Krankenhausträger auf Landesebene ein gemeinsames und einheitliches Handeln sicher.

(8) ¹Die Landesverbände der Kassen und die Ersatzkassen informieren die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den G-BA standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen. ²Der G-BA legt dazu ein einheitliches Berichtsformat fest.

§ 6 Ausnahmetatbestände

¹Ist 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. ²Für 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) ¹Das Krankenhaus hat dabei in den ersten 12 Monaten der Leistungserbringung mindestens 50 Prozent der Mindestmenge zu erfüllen. ²Die Ermittlung der Leistungsmenge nach Satz 1 beginnt zum 1. des Monats, in dem die betreffende Leistung das erste Mal erbracht wurde. ³Erfüllt 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. ⁴Der 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. ⁵Der Eingang wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich bestätigt.

(4) ¹Erfüllt der Krankenhausstandort nachweislich die nach Absatz 3 Satz 1 geforderte Leistungsmenge, schließt sich, abweichend von § 4 Absatz 2 Nummer 1 und 2 unmittelbar der erste 12-monatige Zeitraum an, in welchem die jeweils festgelegte Mindestmenge gilt. ²Zum 15. des auf diesen Zeitraum folgenden Monats erfolgt eine Prognose entsprechend den §§ 4 und 5. ³Abweichend 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 der §§ 4 und 5 erstmals bis spätestens zum nächsten 15. Juli zu übermitteln.

§ 8 Übergangsregelungen

¹Bei Festlegung neuer Mindestmengen oder bei Erhöhungen bereits bestehender Mindestmengen oder bei Einführung des Arztbezugs 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. ²Die 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) ¹Für die Darlegung der Prognose im Jahr 2018 gelten die gesetzlichen Vorschriften zunächst noch ohne die spezifizierenden Vorgaben der §§ 4 und 5 weiter. ²Diese Regelungen finden erst ab dem Jahr 2019 Anwendung. ³Abweichend von Satz 2 findet die Verpflichtung zur Übermittlung der Standortnummer gemäß § 5 Absatz 3 Buchstabe a erst ab dem Jahr 2020 Anwendung.

(2) ¹Die Ermittlung der Leistungsmenge gemäß § 3 Absatz 1 und deren Übermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen hat in den Jahren 2018 und 2019 ohne Spezifikation schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur zu erfolgen. ²Die Spezifikation gemäß § 3 Absatz 3 und § 5 Absatz 3 findet erst ab dem Jahr 2020 Anwendung.

(3) Eine bis zum 31. Dezember 2017 bestehende Berechtigung zur Leistungserbringung auf Grundlage von Ausnahmetatbeständen oder Übergangsfristen der Mindestmengenregelungen in der Fassung vom 20. Dezember 2015, zuletzt geändert am 7. Dezember 2016 (BAnz AT 23.12.2016 B8), bleibt unberührt.

**1. Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende) –
jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 20**

OPS Version 2018	
Leberteileresektion 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-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 Version 2018	
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 Standort eines Krankenhauses: 25**

OPS Version 2018	
Nierentransplantation	
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 Aufenthaltes
5-555.7	Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.8	Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.x	Sonstige
5-555.y	N.n.bez.

3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus – jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 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 2018	
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 2018	
(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

4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas – jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen.

OPS Version 2018	
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, duodenerhaltend
5-524.4	Pankreassegmentresektion
5-524.x	Sonstige
(Totale) Pankreatektomie	
5-525.0	Mit Teilresektion des Magens
5-525.1	Pyloruserhaltend
5-525.2	Duodenerhaltend
5-525.3	Entfernung eines Pankreastransplantates
5-525.4	Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)
5-525.x	Sonstige

5. Stammzelltransplantation – jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 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 Version 2018	
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 (haploid)
.26	Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
.27	Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploid)
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.

OPS Version 2018	
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 (haploid)
.26	Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
.27	Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploid)
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 Standort eines Krankenhauses: 50**

OPS Version 2018	
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 Standort eines Krankenhauses 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.

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.