



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2015

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Josef Hecken
Mindestmengen

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 (Seite 80–91)

Josef Hecken

MINDESTMENGEN

Der vorliegende Beitrag stellt die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Kontext der Festlegung von Mindestmengen dar. Dabei werden sowohl die bestehenden Mindestmengen im Bereich der Richtlinien nach § 137 SGB V beschrieben als auch die Anforderungen, die an die Festlegung derartiger Mindestmengen gestellt werden. Da Mindestmengen immer auch einen Eingriff in die Freiheit der Leistungserbringung einzelner Krankenhäuser darstellen können, ist es nicht verwunderlich, dass Festlegungen von derartigen Untergrenzen auch Anlass für Klagen sein können. Der Beitrag zeigt dieses am Beispiel der Verfahren um die Festlegung der Mindestmengen für die Kniegelenk-Totalendoprothese und für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen.

Einleitung

Im allgemeinen Wirtschaftsverkehr versteht man unter einer Mindestmenge eine minimale Menge eines Produkts, die beispielsweise in den Verkauf gelangt beziehungsweise gelangen soll. Hier soll durch die Definition einer Mindestmenge verhindert werden, dass der Aufwand für Verpackung, Fakturierung und Versand im Vergleich zum Wert eines Produkts zu hoch wird. Lieferanten sind zwar meistens bereit, unter der Mindestmenge liegende Mengen zu liefern. Sie erheben für diese Dienstleistung in der Regel aber einen Kleinmengenzuschlag. Damit erfüllt die Mindestmenge einen gewissen Produzentenschutz in Form einer garantierten Abnahmemenge und damit einer garantierten Fixkostendegression.

Eine gänzlich andere Richtung wird mit einer Mindestmenge im Bereich des Gesundheitswesens respektive der Leistungserbringung in diesem verfolgt. Zwar ist der Grundgedanke der Fixierung einer definierten Untergrenze der Losgröße auch hier bestimmendes Merkmal, allerdings steht die Erfüllung von Qualitätsstandards im Zentrum der Fixierung der Quantitäten. Hier wird festgelegt, ab welchem mindestens zu erfüllenden Volumen die Leistung überhaupt erbracht werden darf. Damit ist diese Regelung, anders als die allgemeine Mindestmenge, zwar ebenfalls mit einer Fixkostendegression verbunden, allerdings nicht mit der dahinterstehenden Abnahmegarantie für den Produzenten. Vielmehr ist dominantes Merkmal einer solchen Ausgestaltung

ein gewisses prohibitives Element für den Leistungserbringer. Er wird erst dann zur Leistungserbringung zugelassen, wenn – in wirtschaftlicher Sicht – ein Mindestabsatzvolumen erreicht wird. Insoweit definiert in ökonomischer Sicht eine so festgelegte Mindestmenge eine Markteintrittsbarriere, deren Festlegung aber anderen bestimmenden Merkmalen folgt als diejenigen, die eine Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung verlangen.

Bestimmendes Merkmal hier ist vielmehr der Gedanke, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in einem konkreten Zusammenhang steht mit der Menge der erbrachten Leistung und insofern eine Beziehung zwischen der Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolges und der routinierten Leistungserbringung der am Behandlungsprozess maßgeblich beteiligten Akteure darstellt.

Diesem Grundgedanken folgend fasst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Beschlüsse zu Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in Abhängigkeit von der Menge der erbrachten Leistung steht. Die Identifikation der Leistungen selbst ebenso wie die Bestimmung der Quantität als solche sind dabei alles andere als trivial, schließlich ist es eine Grundbedingung, die an die Regelungen des G-BA gestellt wird, dass die dort getroffenen Vorschriften objektivierbar sind, also im engeren Sinne gerichtsfest. Die Festlegung der Quantitätsgrenzen stößt damit immer dort an ihre Grenzen, wo die Zusammenhänge zwischen Behandlungserfolg und Behandlungsqualität zunehmend auch von anderen Treibern außerhalb der Routine beeinflusst und bestimmt werden.

Die Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Gesetzliche Aufgaben, Ziel, Zweck und Verfahren

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern (§ 137 SGB V) den gesetzlichen Auftrag, einen Katalog planbarer Leistungen zu beschließen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist. Zudem soll

auch die konkrete Mindestbehandlungsfallzahl festgelegt werden. Ist der Beschluss des G-BA rechtskräftig, muss ein Krankenhaus die betreffende Leistung mindestens in dem festgeschriebenen Umfang (Mindestmenge) erbringen. Dies gilt auch für privat versicherte Patienten.

Tabelle 1: Mindestmengenregelung des G-BA

Mindestmengen

Wo finden sie Anwendung?

Planbare Leistungen nach den §§ 17 und 17b KHG, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist.

Katalog wird weiter ausgebaut werden.

Ziele der Mindestmengen

1. Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität sowie kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsniveaus.
2. Darf nicht zur Gefährdung einer angemessenen flächendeckenden Versorgung oder Verschärfung bereits bestehender Unterversorgung führen.
3. Darf nicht im Widerspruch zur jeweils gültigen Weiterbildungsordnung stehen.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

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 Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbeständen gemäß § 137 Absatz 3 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 Arzt oder Krankenhaus sowie der Ausnahmetatbestände.
3. Be- und Auswertung der Effekte der vereinbarten Leistungen, Mindestmengen und Ausnahmetatbestände.

Ziele der Mindestmengen

Orientiert am Nutzen für die Patienten verfolgt die Vorgabe von Mindestmengen insbesondere folgende Ziele:

1. Die 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.

Für die Festlegung der Mindestmengen sind seitens des G-BA folgende Informationen und Entscheidungsgrundsätze zugrunde 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 beziehungsweise 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. Die Berechnungen zur aktuellen Versorgungssituation sowie deren Änderung nach Aufnahme der Leistung und Mindestmenge in den Katalog beispielsweise anhand der Arbeitsergebnisse des IQWiG nach § 139a SGB V und der den Vertragspartnern nach § 17b Absatz 2 KHG zur Verfügung stehenden Daten nach § 21 KHEntgG. Dabei ist § 2 Nummer 2 dieser Regelungen zu beachten.

5. Bewertungen bereits bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen beziehungsweise 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.

Weiterhin können die betroffenen Fachgesellschaften zur Stellungnahme aufgefordert werden, und der G-BA strebt eine wissenschaftliche Begleitung der Auswirkungen von Mindestmengen an.

Verbindlichkeit der Regelungen für Krankenhäuser

Die Regelungen des G-BA zu Mindestmengen sind für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Dies hat für die Häuser zur Folge, dass diese, sofern die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, ab dem Jahr des jeweiligen Inkrafttretens der Mindestmenge die entsprechenden Leistungen nicht mehr erbringen dürfen.

Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können allerdings Ausnahmeregelungen für solche Leistungen bestimmen, bei denen die Anwendung der Mindestmengenregelungen die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. Derartige Entscheidungen werden dann auf Antrag des Krankenhauses gefällt und bestimmen insoweit bei diesen Leistungen über die Nichtanwendung des Kataloges. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Umsetzung dieser Regelungen in dem Qualitätsbericht nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V darzustellen. Dies gilt insbesondere für die Leistungen, bei denen Ausnahmetatbestände zur Anwendung kommen.

Unbeschadet dieser oben genannten Ausnahmeregelungen gelten freilich weitere Ausnahmetatbestände (gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V). So bleiben Notfälle grundsätzlich von der Mindestmengenregelung unberührt. Ebenfalls im Rahmen der oben genannten Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung gilt, dass zum Beispiel darauf zu achten ist, dass im Rahmen der Transplantationschirurgie kurze kalte Ischämiezeiten eingehalten werden.

Daneben werden beim Aufbau neuer Leistungsbereiche Übergangszeiträume von 36 Monaten eingeräumt, da man davon ausgeht, dass sich die Neuerbringung einer Leistung erst einmal über einen gewissen Zeitraum etablieren muss. Ähnliches gilt bei einer personellen Neuausrichtung bestehender Leistungsbereiche. Hier werden Übergangszeiträume von maximal 24 Monaten eingeräumt, bis die Mindestmengenregelung Anwendung findet.

Darüber hinaus werden Eingriffe, die unter kurativer Intention begonnen wurden und als palliative respektive explorative Eingriffe beendet werden, berücksichtigt, wenn auch nach der jeweils aktuellen Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien der die Mindestmenge betreffende OPS-Kode zu verwenden ist.

Bestehende Mindestmengenregelungen des G-BA

In Erfüllung der unter dem Abschnitt „Gesetzliche Aufgaben, Ziel, Zweck und Verfahren“ beschriebenen gesetzlichen Regelungen hat der G-BA bereits einige Entscheidungen getroffen. Einige davon waren nicht gänzlich unumstritten und wurden auch teilweise einer gerichtlichen Klärung zugeführt. Ein teilweise sogar nachvollziehbares Unterfangen der betroffenen Häuser – stellen die Mindestmengenregelungen doch auch immer eine Einschränkung im Portfolio der Leistungserbringung dar, die dann Qualitätsaspekte in einen Konflikt mit wirtschaftlichen Interessen bringt.

In einem Beschluss am 21. September 2005 hat der G-BA die zu diesem Zeitpunkt seit dem 1. Januar 2004 geltenden Mindestmengen für bestimmte Krankenhausbehandlungen mit Wirkung vom 1. Januar 2006 angehoben. Die erforderliche Anzahl der von einem Krankenhaus jährlich durchzuführenden Eingriffe wurde wie folgt festgelegt:

1. Für Lebertransplantationen (inklusive Teilleber-Lebendspende) wurde die jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus von bisher 10 auf 20 erhöht.
2. Für die Durchführung von Nierentransplantationen (inklusive Lebendspende) stieg die jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus von bisher 20 auf 25.
3. Für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus wurde festgelegt, dass die jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus bei 10 liegt. In der vorher geltenden

- Regelung war festgelegt worden, dass pro Arzt eine Mindestmenge von 5 zu erbringen war, dass pro Krankenhaus ebenfalls eine Mindestmenge von 5 vorliegen musste.
4. Gleiches wurde festgelegt für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas: Auch hier wurde die jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus von 5 je Arzt und 5 je Krankenhaus auf 10 je Krankenhaus verändert.
 5. Für den Bereich der Stammzelltransplantationen wurde die jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus von bisher 10 auf 25 erhöht.

Tabelle 2: Mindestmengenentscheidungen des G-BA

Bestehende Mindestmengenregelungen	
Leistung	jährliche Mindestmenge
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	25
komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
Stammzelltransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
BSG Urteil vom 12. September 2012 Revisions-Antrag des G-BA begründet, an Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg – zurückgewiesen	[zunächst ausgesetzt vom BSG 3. Senat und für rechtmäßig befunden vom 1. Senat am 14. November 2014] seit dem 1. Januar 2015 wieder in Kraft
koronarchirurgische Eingriffe	ohne Festlegung
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm	14
ausgesetzt durch das BSG Urteil vom 18. Dezember 2012	[ausgesetzt 30]

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

Zusätzlich erfolgten mit diesem Beschluss einige Änderungen an den Einschlusskriterien, die festlegen, welche einzelnen Leistungen zu den oben genannten Eingriffen zählen. Ab Inkrafttreten des Beschlusses zum 1. Januar 2006 durften Krankenhäuser, die die Werte nicht erreichten, die entsprechenden Operationen nicht mehr anbieten. Die dort vorgenommenen Erhöhungen der Mindestmengen erfolgten auf der Grundlage der Ergebnisse eines Expertenhearings.

Streitige Entscheidungen und teilweise Wiedereinsetzung

Am 16. August 2005 beschloss der G-BA für die Zeit ab 1. Januar 2006 eine Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Jahr pro Krankenhaus für die Kniegelenk-Totalendoprothese (Knie-TEP), die allerdings zwischen den Jahren 2012 und 2015 aufgrund eines Rechtsstreites in dieser Sache nicht zur Anwendung kommen konnte.

Das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg hatte im August 2011 zunächst der Klage einer Klinik gegen die Mindestmenge bei Knie-TEP stattgegeben (Aktenzeichen: L 7 KA 77/08 KL). Daraufhin legte der G-BA Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein und setzte die Anwendung der Mindestmengenregelung für diese Leistung aus. Der Aussetzungsbeschluss sah vor, dass der G-BA erneut über eine Mindestmenge für die Leistung Knie-TEP berät, wenn eine höchstrichterliche Entscheidung dazu vorliegt.

In Folge der daraufhin ergangenen Entscheidung des Bundessozialgerichts in Kassel wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2015 für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks (Kniegelenk Totalendoprothese/Knie-TEP) wieder die jährliche Mindestmenge von 50 festgelegt.

Das BSG hatte – nachdem bereits mit Urteil vom 12. September 2012 bestätigt wurde, dass Knie-TEP planbare Leistungen sind, deren Ergebnisqualität in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt – durch die Urteile vom 14. Oktober und 27. November 2014 auch die Bestimmung der Menge 50 für rechtmäßig erklärt. Die Entscheidung des G-BA sei rechtmäßig und hinreichend mit wissenschaftlichen Belegen untermauert, Zweifel an der Rechtmäßigkeit dieser Mindestmenge seien ausgeräumt – so das Gericht in seinen Urteilen (Aktenzeichen: B 1 KR 33/13 R und B 3 KR 1/13 R).

Außerdem hat es bestätigt, dass der G-BA seinen Gestaltungsspielraum nicht überschritten hat, indem er eine jährliche Mindestmenge von 50 Knie-TEP pro Krankenhaus festsetzte, auch wenn weder aus den vorhandenen Studien noch aus den auf der Grundlage der BQS-Daten durchgeführten Berechnungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen explizite Schwellenwerte für Mindestmengen abzuleiten sind. Eine jährliche Fallzahl von 50 Knie-TEP stellt grundsätzlich sicher, dass

durchschnittlich jede Woche eine Knie-TEP-Operation erfolgt. Auch aus Sicht des Bundessozialgerichts trägt dies maßgeblich dazu bei, eine hinreichende Behandlungsroutine für diesen komplexen Eingriff zu gewährleisten.

Damit ist die Auffassung des G-BA zur Mindestmenge für die Knie-TEP in vollem Umfang und höchstrichterlich bestätigt. Das Urteil schafft für den weiteren Umgang mit dem Qualitätssicherungsinstrument der Mindestmenge die erhoffte Rechtsklarheit. Damit haben wir die Basis, dass Mindestmengen auch künftig fester Bestandteil der Qualitätssicherung und der gezielten Steuerung von Krankenhausbehandlungen bleiben.

Ein gänzlich anderes Ergebnis – behaftet mit Licht und Schatten – brachte der Rechtsstreit um die Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Der G-BA hatte im Juni 2010 die Qualitätsanforderungen bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen erhöht und die verbindliche Anzahl von vorher 14 auf 30 behandelte Früh- und Neugeborene pro Jahr als Voraussetzung dafür festgelegt, dass ein Krankenhaus weiterhin sehr betreuungsintensive Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm versorgen darf. Gegen diesen Beschluss, der zum 1. Januar 2011 in Kraft treten sollte, hatten zahlreiche Kliniken beim Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg Klagen und Anträge auf einstweilige Anordnung eingereicht.

Vor dem LSG Berlin-Brandenburg war der G-BA dann im Dezember 2011 zunächst auch im Hauptsacheverfahren mit seinem Anliegen gescheitert, durch eine Steuerung über Mindestbehandlungsfallzahlen für Behandlungszentren die Qualität der medizinischen Versorgung von Früh- und Neugeborenen zu sichern. Daraufhin hatte das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung das BSG angerufen, um in dieser wichtigen Grundsatzfrage eine eindeutige und in der Versorgungsrealität anwendbare Entscheidung zu erwirken. Die praktische Umsetzung der Mindestmengenregelung in diesem Bereich war zudem durch einen formellen Beschluss des G-BA bis auf Weiteres ausgesetzt worden.

Am 18. Dezember 2012 wurde der Rechtsstreit um die Festlegung einer Mindestmenge für Kliniken bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vor dem Bundessozialgericht

verhandelt (Aktenzeichen: B 1 KR 34/12 R). Der 1. Senat des BSG wies den Revisionsantrag des G-BA in dieser Sache zwar als unbegründet zurück, bestätigte allerdings in der mündlichen Urteilsbegründung in allen wesentlichen Rechtsfragen die Auffassung des G-BA.

Das BSG hat in den zentralen Bereichen der Auseinandersetzung zwar eindeutig die Position des G-BA bekräftigt – die nachweisliche Planbarkeit der Leistung sowie den direkten Zusammenhang von Leistungsmenge und Qualität der Behandlung. Vor diesem Hintergrund ist die Versorgungssicherheit dieser besonders schutzbedürftigen Patienten – zumindest mittel- und langfristig – gestärkt worden. Unabhängig von der konkreten Leistung hat das höchste deutsche Sozialgericht mit dem Urteil die generelle Rechtmäßigkeit der Festlegung von Mindestmengen durch den G-BA – auch für Früh- und Neugeborene – noch einmal ausdrücklich bekräftigt.

Bei der konkreten Festlegung der Mindestmenge bei der Zahl 30 ist das BSG aber den Abgrenzungskriterien des G-BA bedauerlicherweise nicht gefolgt, da die Begründung für die Festlegung der konkreten Mindestmenge nicht als hinreichend angesehen wurde. Sollten allerdings im Zusammenhang mit neuen Studien- und Forschungsergebnissen noch besser belegte Begründungen für die Festlegung einer bestimmten Zahl ableitbar sein, hat das BSG die Festlegung einer neuen Mindestmenge für Früh- und Neugeborene explizit für zulässig erklärt. Bis dahin bleibt die derzeit gültige Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr für alle Level-1-Perinatalzentren weiter bestehen.

Mindestmengen im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung (ASV)

Mindestmengen finden sich auch in einem Beschluss zu Gastrointestinal-Tumoren und anderen Tumoren der Bauchhöhle. Im Februar 2014 wurde in diesem Kontext festgelegt, dass das ärztliche Kernteam eine Mindestanzahl von 140 Patienten mit schweren Verlaufsformen von Gastrointestinal-Tumoren pro Jahr behandeln muss. Zudem wurde eine Übergangsregelung von zwei Jahren ermöglicht, innerhalb derer die geforderte Mindestmenge um 50 Prozent unterschritten werden kann. Es wurde insoweit eine ergänzende arztbezogene Mindestmenge beschlossen, die unabhängig von der

Diagnose von mindestens einem Mitglied des Kernteams durchschnittlich pro Quartal erfüllt werden muss, um die gebotene Behandlungsroutine speziell bei der Durchführung von intravenösen Chemotherapien nachzuweisen.

Auch für Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose wurde die Möglichkeit geschaffen, nach bestimmten Vorgaben ambulant spezialfachärztlich in Kliniken und Praxen versorgt zu werden. Die erste sogenannte Konkretisierung der Richtlinie Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) umfasst die erforderliche Diagnostik, Behandlung und Beratung dieser Patienten sowie die personellen, sachlichen und organisatorischen Anforderungen an die Vertragsärzte und Krankenhäuser, die diese Versorgung anbieten. Es wurde festgelegt, dass das Kernteam zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Tuberkulose-Patienten sich aus einem Lungenfacharzt, einem Internisten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie, einem Facharzt für Mikrobiologie sowie – sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden – zusätzlich einem Kinderarzt zusammensetzen muss. Als Mindestmenge wurde bestimmt, dass pro Kernteam mindestens 20 Patienten mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose im Vorjahr der ASV-Berechtigung nachgewiesen sein mussten (ohne hinzuziehende Fachärzte). Als Ausnahme ist eine Unterschreitung der Mindestmenge bis zu der Dauer von zwei Jahren um höchstens 50 Prozent zulässig.

Fazit

Es war schon immer kein Geheimnis, dass dem alten Spruch: „Übung macht den Meister“ mehr als ein Funken Wahrheit innewohnt. Die Umsetzung dieser Erkenntnis war, ist und wird auch verstärkt in der Zukunft ein wichtiges Instrument zur Erhaltung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung sein, das zunehmend in den Richtlinien des G-BA Einzug hält. Die in den letzten Monaten erfolgte gerichtliche Bestätigung des Zusammenhangs von Leistungsmenge und Qualität der Behandlung ist hier eine wichtige Stütze.

Gleichwohl ist die Definition von Leistungen und die Benennung von Schwellwerten für diesen Kontext bei Weitem nicht als trivial zu bezeichnen, und dies gilt nicht nur aufgrund der in der Regel multiplen Einflussfaktoren auf den Erfolg einer Behandlung.

Die teilweise gerichtliche Bestätigung tröstet aber nicht darüber hinweg, dass wesentliche Festlegungen, von deren Wirkung man überzeugt ist, letztendlich nicht vom Gericht bestätigt wurden, wie das Beispiel der Mindestmenge für Früh- und Neugeborene gezeigt hat. Gerade die oft über Monate gehende, komplexe und regelhaft interdisziplinäre Behandlung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm verlangt von allen Beteiligten nicht nur hohe Fachkompetenz, sondern auch ein Höchstmaß an professioneller Routine, denn nur so können Mortalität und Morbidität der kleinen Patienten positiv beeinflusst werden. Gelegenheitsversorgung ohne entsprechende Routine und klar strukturierte Prozesse können hier fatale Folgen haben. Deshalb ist es besonders wichtig, in diesem Versorgungsbereich schnellstmöglich belastbarere Evidenz für eine gerichtsfeste Abgrenzung zu generieren.