

**Vereinbarung  
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V  
- Mindestmengenvereinbarung -**

zwischen

dem AOK-Bundesverband, Bonn  
dem BKK-Bundesverband, Essen  
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach  
der See-Krankenkasse, Hamburg  
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel  
der Bundesknappschaft, Bochum  
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg  
dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg  
- im Folgenden Spitzenverbände der Krankenkassen genannt -

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln  
- im Folgenden PKV genannt -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf  
- im Folgenden DKG genannt -

**- im Weiteren Vertragspartner genannt -**

im Einvernehmen mit

der Bundesärztekammer, Köln  
- im Folgenden BÄK genannt -

sowie

dem Deutschen Pflegerat, Berlin,  
als Vertretung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe  
- im Folgenden DPR genannt -

**- im Weiteren Vertragsbeteiligte genannt -**

## **Präambel**

Die Vertragspartner und -beteiligten vereinbaren gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen nach §§ 17 und 17 b KHG, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände hierzu.

Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004 geht diese Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V über.

Die Vertragspartner und die Vertragsbeteiligten sind sich ihrer Verantwortung für die Qualitätssicherung bewusst und wollen sich deshalb dauerhaft in konstruktiver Zusammenarbeit für die Sicherung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus einsetzen. Da der Erkenntnisfortschritt auch auf dem Gebiet der Qualitätssicherung weitergeht, müssen die nach den Vorgaben des Gesetzgebers definierten Leistungen, Mindestmengen und Ausnahmetatbestände dem jeweiligen Stand der Erkenntnis angepasst werden.

Die nachstehende Vereinbarung regelt darüber hinaus das Verfahren zur Umsetzung der Mindestmengenregelung.

## **§ 1**

### **Zweck der Vereinbarung**

Zweck der Vereinbarung ist insbesondere:

1. Die Erstellung eines Kataloges planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17 b KHG, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie die Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 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. Die Regelung für die Be- und Auswertung der Effekte der vereinbarten Leistungen, Mindestmengen und Ausnahmetatbestände.
4. Die Regelung der Zusammenarbeit mit dem noch zu gründenden Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V, insbesondere zur Umsetzung der von dort gegebenen Empfehlungen sowie Regelungen zur Zusammenarbeit mit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssi-

cherung (BQS) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

## **§ 2 Ziele der Mindestmengen**

(1) Orientiert am Nutzen für den Patienten verfolgt die Vorgabe von Mindestmengen insbesondere folgende Ziele:

1. Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität sowie die Verbesserung des Versorgungsniveaus,
2. Ergänzung der verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 SGB V,
3. Ermittlung von Leistungsbereichen mit Potentialen zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, die im besonderen Maße von der erbrachten Leistungsmenge abhängen und durch Anwendung von Mindestmengen realisiert werden können sowie
4. Leistungsbereiche mit Qualitätsdefiziten in besonderer Abhängigkeit von der erbrachten Leistungsmenge systematisch zu identifizieren, für die Mindestmengen erforderlich sind.
5. 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.

(2) Die Vertragspartner und -beteiligten stimmen überein, dass die Anwendung der nach dieser Vereinbarung festgelegten Mindestmengen nicht zur Gefährdung einer angemessenen flächendeckenden Versorgung und nicht zu einer Verschärfung bereits bestehender Unterversorgung führen darf.

## **§ 3 Verfahrensregelung**

(1) Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) werden die Maßnahmen nach § 137 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V festgelegt. Die Regelungen zur Abstimmung werden aus den gesetzlichen Bestimmungen bzw. der Verfahrensordnung und der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses übernommen. Die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und der Verband der privaten Krankenversicherung sind angemessen zu beteiligen.

(2) Bis spätestens zum 31. August eines Jahres ist festzulegen:

1. der Katalog der einbezogenen Leistungen (Operationen oder Prozeduren) nach §§ 17 und 17 b KHG unter Angabe der OPS, inkl. spezielle ein- oder ausgrenzende Kriterien, in jeweils gültiger Fassung sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder je Krankenhaus gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (**Anlage 1**),
2. Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (**Anlage 2**).

Die Anlagen 1 und 2 dieser Vereinbarung sind unverzüglich in geeigneter Weise bekannt zu geben und treten zum 01. Januar des Folgejahres in Kraft; abweichend hiervon treten die erstmalig vereinbarten Anlage 1 und 2 zum 01. Januar 2004 in Kraft. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sind ebenfalls unverzüglich zu informieren.

(3) Für die Festlegung gemäß Absatz 2 sind folgende Informationen zu Grunde zu legen und allen Vertragspartnern und -beteiligten zugänglich zu machen (evidenzbasiertes Verfahren):

1. Zusammenfassungen des aktuellen Wissensstandes und empirischer Ergebnisse zu nachgewiesenen kausalen Zusammenhängen in besonderem Maße zwischen der Menge der erbrachten Leistung und der Qualität des Behandlungsergebnisses. Die erklärbare Varianz des Parameters "Qualität des Behandlungsergebnisses" muss im überwiegenden Teil auf den Parameter "Menge der erbrachten Leistung" zurückzuführen sein. Hierzu sind vorliegende Ergebnisse der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung einzubeziehen.
2. Berechnungen zur aktuellen Versorgungssituation sowie deren Änderung nach Aufnahme der Leistung und Mindestmenge in den Katalog z. B. anhand der den Vertragspartnern zur Verfügung stehenden Daten nach § 21 Abs. 4 KHEntgG. Dabei ist § 2 Abs. 2 dieser Vereinbarung zu beachten.
3. Bewertung bereits bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen bzw. deren Ergebnisse gemäß § 137 SGB V hinsichtlich der Gewährleistung einer angemessenen Ergebnisqualität.
4. Vorliegende Stellungnahmen der betroffenen Fachgesellschaften.
5. Auf Wunsch eines Vertragspartners/Vertragsbeteiligten sind Sachverständige innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Antragstellung gem. § 4 anzuhören.

(4) Die Vertragspartner und -beteiligten streben eine wissenschaftliche Begleitung der Mindestmengenregelungen an; dies gilt auch für die Mindestmengen, die ab dem 01. Januar 2004 gelten.

#### **§ 4 Antragsverfahren**

Über die Neuaufnahme oder Streichung einer Leistung in dem Katalog gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 1 wird auf Antrag eines Vertragspartners oder Vertragsbeteiligten beraten und entschieden. Gleiches gilt für die Änderung der festgelegten Mindestmengen je Arzt oder je Krankenhaus und für die Änderung der Ausnahmetatbestände gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2. § 3 Abs. 3 ist bei Neuaufnahme einer Leistung oder Änderung der Ausnahmetatbestände entsprechend anzuwenden.

#### **§ 5 Verbindlichkeit für Krankenhäuser**

(1) Der Katalog der einbezogenen Leistungen, die Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus und die Ausnahmetatbestände gemäß § 3 Abs. 2 dieser Vereinbarung sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser verbindlich. Wird die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht, dürfen ab dem Jahr 2004 entsprechende Leistungen nicht erbracht werden.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach § 3 Abs. 2 dieser Vereinbarung bestimmen, bei denen die Anwendung der Mindestmengenregelung 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 Vereinbarung in dem Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V darzustellen. Dies gilt insbesondere für die Leistungen, bei denen Ausnahmetatbestände zur Anwendung kommen. Dabei müssen Komplikationen leistungsbezogen dargestellt und ergänzende Maßnahmen zur Sicherung der Qualität bei Unterschreitung der Mindestmengen nach dieser Vereinbarung dargelegt werden.

**§ 7**  
**Inkrafttreten / Geltung**

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 31. Dezember 2003 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von einem halben Jahr zum Jahresende - von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung nur gemeinsam - durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.
- (2) Für den Fall der Kündigung erklären die Vertragspartner und die Vertragsbeteiligten ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.

## Anlage 1

### Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS-301 Version 2004 inkl. spezieller ein- oder ausgrenzender Kriterien

#### 1. Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)- Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 10

	<b>Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation)</b>
5-503.0	Hepatektomie, postmortal <i>Hinw.:</i> 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 Paragraph 301 SGB V bzw. Paragraph 21 KHEntgG übermittelt Die Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende ist im Kode enthalten
5-503.1	Entfernung einer Transplantatleber als selbständiger Eingriff <i>Exkl.:</i> Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation ( 5-504.0.)
5-503.2	Entfernung einer Eigenleber als selbständiger Eingriff <i>Exkl.:</i> Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation ( 5-504.0.)
5-503.3	Teilresektion links, zur Lebend-Organ spende
5-503.x	Sonstige
5-503.y	N.n.bez.
	<b>Lebertransplantation</b>
5-504.0	Komplett (gesamtes Organ) <i>Inkl.:</i> Simultane Hepatektomie
5-504.1	Partiell (Split-Leber)
5-504.2	Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)
5-504.x	Sonstige
5-504.y	N.n.bez.

#### **Substitutionseingriffe:**

#### **Leberteileresektion, partielle Lobektomie bei onkologischen Erkrankungen**

	<b>Anatomische (typische) Leberresektion</b>
5-502.0	Segmentresektion (ein Segment)
5-502.1	Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2 und 3]
5-502.2	Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8]
5-502.3	Sogenannte Trisegmentektomie [Resektion der Segmente 4 bis 8]
5-502.5	Resektion sonstiger Segmentkombinationen <i>Hinw.:</i> Hier ist die Resektion mehrerer nicht zusammenhängender Segmente zu kodieren
5-502.x	Sonstige
5-502.y	N.n.bez.

#### 2. Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)- Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 20

	<b>Nierentransplantation</b>
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.x	Sonstige
5-555.y	N.n.bez.

#### 3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus- Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus/pro Arzt: 5/5

Die Einrichtung muss als Schwerpunkt für Visceral- und/oder Thoraxchirurgie zugelassen sein und 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.

5-420.00 Ösophagomyotomie, offen chirurgisch abdominal  
 5-420.01 Ösophagomyotomie, offen chirurgisch thorakal  
 5-420.10 Ösophagomyotomie, pharyngozerikal, offen chirurgisch abdominal  
 5-420.11 Ösophagomyotomie, pharyngozerikal, offen chirurgisch thorakal

**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**

**Hinw.:** 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.

**(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität**

5-425.0 Abdominozerikal (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.

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

**(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität**

**Hinw.:** 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\*\* Abdominozerikal (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)**

**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)  
 5-427.2\*\* Erweiterungsplastik  
 5-427.x\*\* Sonstige  
 5-427.y N.n.bez.

**Andere Operationen am Ösophagus (exklusive endoskopische Verfahren)**

5-429.2 Umstechung von Ösophagusvarizen

**(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/pro Arzt: 5/5**



Die Einrichtung muss als Schwerpunkt für Visceralchirurgie zugelassen sein und die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen.

	<b>Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas</b>
5-521.0	Exzision
5-521.1	Destruktion ohne Spülung
5-521.2	Destruktion mit Spülung
	<b>Innere Drainage des Pankreas</b>
	<i>Inkl.:</i> Drainage von Pankreaszysten und Pankreaspseudozysten
5-523.2	Pankreatojejunostomie
5-523.x	Sonstige
<b>5-524</b>	<b>Partielle Resektion des Pankreas</b>
5-524.0	Linksseitige Resektion (ohne Anastomose)
5-524.1	Partielle Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens (OP nach Whipple)
	<i>Inkl.:</i> Gallenableitung
5-524.2	Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend
	<i>Inkl.:</i> Gallenableitung
5-524.3	Pankreaskopfresektion, duodenumerhaltend
5-524.x	Sonstige
	<b>(Totale) Pankreatektomie</b>
5-525.0	Mit Teilresektion des Magens
	<i>Inkl.:</i> Gallenableitung
5-525.1	Pyloruserhaltend
	<i>Inkl.:</i> Gallenableitung
5-525.2	Duodenumerhaltend
5-525.3	Entfernung eines Pankreastransplantates
5-525.4	Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)
	<i>Hinw.:</i> 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 Paragraph 301 SGB V bzw. Paragraph 21 KHEntgG übermittelt
	Die Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende ist im Kode enthalten
5-525.x	Sonstige

## 5. Stammzelltransplantation: Jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 12 +/- 2 [10-14] (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.

	<b>Knochenmarktransplantation</b>
	<i>Exkl.:</i> Transfusion von hämatopoetischen Stammzellen ( <u>8-805</u> )
5-411.0	Autogen
	.00 Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.01 Mit In-vitro-Aufbereitung
5-411.2	Allogen, nicht-HLA-identisch, verwandter Spender
	.20 Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.21 Mit In-vitro-Aufbereitung
5-411.3	Allogen, nicht-HLA-identisch, nicht-verwandter Spender
	.30 Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.31 Mit In-vitro-Aufbereitung
5-411.4	Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
	.40 Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.41 Mit In-vitro-Aufbereitung
5-411.5	Allogen, HLA-identisch, nicht-verwandter Spender
	.50 Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.51 Mit In-vitro-Aufbereitung
5-411.x	Sonstige
5-411.y	N.n.bez.
	<b>Transfusion von hämatopoetischen Stammzellen</b>
	<i>Inkl.:</i> Konditionierungsprotokoll
	<i>Exkl.:</i> Knochenmarktransplantation ( <u>5-411</u> )
8-805.0	Autogen
	.00 Ohne In-vitro-Aufbereitung

8-805.2	.01	Mit In-vitro-Aufbereitung
		Allogen, nicht-HLA-identisch, verwandter Spender
	.20	Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.21	Mit In-vitro-Aufbereitung
8-805.3		Allogen, nicht-HLA-identisch, nichtverwandter Spender
	.30	Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.31	Mit In-vitro-Aufbereitung
8-805.4		Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
	.40	Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.41	Mit In-vitro-Aufbereitung
8-805.5		Allogen, HLA-identisch, nicht-verwandter Spender
	.50	Ohne In-vitro-Aufbereitung
	.51	Mit In-vitro-Aufbereitung
8-805.x		Sonstige
8-805.y		N.n.bez.

Die Vertragspartner empfehlen für diesen Leistungsbereich ein anerkanntes Zertifizierungsverfahren für die in der Mindestmengenregelung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V einbezogenen Krankenhäuser.

## **Anlage 2**

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

1. Der Mindestmengenkatalog betrifft planbare Leistungen, Notfälle bleiben davon unberührt.
2. Jährliche Anpassung des Katalogs unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Fortschritts.
3. Bei der Umsetzung der Mindestmengenregelung muss die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Zum Beispiel ist darauf zu achten, dass im Rahmen der Transplantationschirurgie kurze kalte Ischämiezeiten eingehalten werden.
4. Beim Aufbau neuer Leistungsbereiche werden Übergangszeiträume von 36 Monaten eingeräumt.
5. Bei personeller Neuausrichtung bestehender Leistungsbereiche werden Übergangszeiträume von maximal 24 Monaten eingeräumt.
6. Eingriffe, die unter kurativer Intention begonnen wurden, und als Palliativ- resp. explorative Eingriffe beendet werden, werden berücksichtigt.
7. Lehr-Assistenz wird angerechnet.
8. Die Mindestmengenregelung darf nicht im Widerspruch zur jeweils gültigen Weiterbildungsordnung stehen.

---

Die Vertragspartner sind sich einig, dass Mindestmengen Zahlen keinen abschließenden Aufschluß über Qualitätsstandards geben, sondern dass weitere Parameter zu etablieren und zu evaluieren sind.