

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen): Änderungen in den §§ 3 und 5 sowie in den Anlagen 6, 7, 8 und 9

Vom 20.11.2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20.11.2020 beschlossen, die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 5. Dezember 2019 (BAnz AT 12.03.2020 B2), zuletzt geändert am 27. März 2020 (BAnz 09.04.2020 B5) wie folgt zu ändern:

I. Die Regelungen werden wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 7 Satz 1 wird das Wort „Anlage“ durch die Wörter „Anlagen 1 bis 5 sowie innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten von Qualitätsanforderungen des G-BA in den weiteren Anlagen“ ersetzt.
2. § 5 Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Abweichend von Satz 2 können für die Wahrnehmung von besonderen Aufgaben im Jahr 2021 die Fallzahlen aus dem Jahr 2019 zugrunde gelegt werden.“
 - b) Der bisherige Satz 3 wird Satz 4.
 - c) Folgender Satz 5 wird angefügt:

„Satz 4 gilt nicht für die Wahrnehmung von Aufgaben im Jahr 2020 sofern die Mindestfallzahlen aus diesem Jahr niedriger als im Jahr 2019 ausgefallen sind.“

3. Die Anlage 3 wird in § 1 Absatz 4 Nummer 2 wie folgt geändert:

a) Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

„Vorhaltung von mindestens drei Handchirurgen (Fachärztinnen oder Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Fachärztinnen oder Fachärzte für Chirurgie mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie oder Fachärztinnen oder Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie), von denen jederzeit ein Handchirurg innerhalb von 30 Minuten am Standort des Zentrums verfügbar ist,“

b) In Buchstabe d) wird nach den Wörtern „Gesellschaft für Handchirurgie“ das Komma durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter: „dies umfasst auch die aktive Datenlieferung an das Register.“ eingefügt.

4. Die Anlage 6 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Schlaganfallzentren“ und der folgende Schrägstrich gestrichen.

b) § 1 wird wie folgt gefasst:

„§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1. Vorhaltung der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Kardiologie am Standort,

2. Vorhaltung einer neuroradiologischen Organisationseinheit, die folgende Anforderungen erfüllt:

a) Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von 30 Minuten verfügbar,

b) eine mechanische Rekanalisation ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) durchführbar und

c) Schnittbilddiagnostik (CT/CTA/CTP und Multimodales Schlaganfall-MRT) sowie umfassende angiographische Diagnostik sind jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) verfügbar.

3. Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung neurologischer, neurochirurgischer und neuroradiologischer Fachexpertise.

4. Vorhaltung einer Stroke Unit mit mindestens 8 Monitor-Betten.

(2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des neurovaskulären Zentrums darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(3) Forschungstätigkeit und Vernetzung

1.

a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder

- b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der neurovaskulären Krankheiten oder
 - c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa, oder
 - d) Beteiligung an Projekten zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung
2. Das Zentrum nimmt an einem Register, das die Anforderungen der Arbeitsgemeinschaft deutscher Schlaganfallregister (AGDSR) erfüllt, oder an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil.

(4) Kooperationen

Das Zentrum kooperiert strukturiert und regelhaft mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung.

(5) Mindestfallzahlen

1. Im Zentrum werden jährlich mindestens 1.000 Fälle mit der Hauptdiagnose nicht-traumatische subarachnoidale und intracerebrale Blutungen, Hirninfarkte oder transitorisch-ischämische Attacken (I60.-, I61.-, I63.-, I64 und G45.-) behandelt und
2. es werden jährlich mindestens je
 - a) 50 Stentings hirnversorgender Arterien (OPS 8-840.00, 8-840.0h, 8-840.0j, 8-840.0k, 8-840.0m, 8-840.0n, 8-840.0p),
 - b) 80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltung (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90, 5-025), davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping (OPS 5-025),
 - c) 50 operative Eingriffe an hirnversorgenden Arterien (OPS 5-380.0, 5-381.0, 5-382.0, 5-383.0) und
 - d) 100 mechanische Thrombektomien intrakranieller Arterien (OPS 8-836.80) durchgeführt.“

5. Die Anlage 7 wird wie folgt geändert:

a) § 1 wird wie folgt gefasst:

„§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1. Vorhaltung einer Fachabteilung für Pneumologie am Standort,
2. mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfartzqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),
3. das Zentrum verfügt über eine Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten zur Organisation des Erstkontaktes mit geregelten festen Sprechzeiten unter Nennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und
4. Vorhaltung einer Weaning-Einheit mit den folgenden Mindestanforderungen:
 - a) Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,
 - b) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung,

- c) Vorhandensein von zwei Atmungstherapeuten am Standort,
 - d) die Weaning-Einheit behandelt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 100 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär (OPS 8-718.8, 8-718.9),
 - e) die Weaningeinheit stellt eine adäquate Schulung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sicher,
 - f) die Mitglieder des Behandlungsteams erörtern regelmäßig Aspekte der Entscheidungen am Lebensende in einem Forum und
 - g) die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 100 Patientinnen und Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.
5. Für die Versorgung von Notfällen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist sicherzustellen, dass ein Kinder- und Jugendarzt mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie jederzeit innerhalb von 30 Minuten im Zentrum verfügbar ist, dies ist auch im Rahmen einer Kooperation möglich. Weiterhin muss das Zentrum – sofern es nicht für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgestattet ist – über ein Konzept zur Verlegung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in die nächstgelegene qualifizierte Einrichtung verfügen.

(2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Lungenzentrums darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(3) Forschungstätigkeit und Vernetzung

1.

- a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
 - b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der Lungenheilkunde oder
 - c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa,
2. Das Zentrum nimmt an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil und
3. Das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).
4. Das Lungenzentrum ist Teil eines onkologischen Zentrums gemäß Anlage 2 am Standort oder weist eine schriftlich vereinbarte Kooperation mit einem onkologischen Zentrum gemäß Anlage 2 nach.

(4) Mindestfallzahlen

- a) Es werden jährlich mindestens 1.300 stationäre Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: A15.-, A16.-, A19.-, J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.- behandelt
oder
- b) Sofern das Lungenzentrum

1. mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose (C34) pro Jahr behandelt und
2. über eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie oder einen besonderen Nachweis über eine Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie, die die Patientinnen und Patienten des Lungenzentrums bei entsprechender Indikation operiert, verfügt,

können alle Fälle mit der Hauptdiagnose C34 für das Erreichen der Mindestfallzahlen herangezogen werden. In diesem Fall müssen jährlich mindestens 1.500 stationäre Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: A15.-, A16.-, A19.-, C34.-, J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.- behandelt werden.

(5) Spezialisierungen am Standort

Es ist mindestens eine der drei folgenden Spezialisierungen am Standort vorhanden:

1. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (einschließlich Lungenemphysem), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

- a) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung (können identisch zu § 1 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b sein),
- b) Behandlung von jährlich mindestens 1.200 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47),
- c) Board für spezifische interventionelle und pharmakologische COPD- und Emphysemtherapie, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Thoraxchirurgie. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Therapieentscheidung getroffen wird (z. B. Indikationsstellung zu α 1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden, und
- d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für interstitielle Lungenkrankheiten (Lungenrusterkrankungen), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

- a) Board für interstitielle Lungenerkrankungen mit mindestens zweiwöchentlichen interdisziplinären protokollierten Fachkonferenzen, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie. Bei Bedarf nimmt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie an der Fachkonferenz teil. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Diagnose und Therapieentscheidung getroffen wird. Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden
- b) jährliche Behandlung von mindestens 300 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J84.-),

- c) technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie und
- d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

3. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für seltene Infektionskrankheiten der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

- a) Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen seltener Infektionskrankheiten der Lunge einschließlich Tuberkulose und atypischen Mykobakteriosen (A15.-, A16.-, A19.-, A21.2, A22.1, A31.0, A48.1, B25.0, B37.1, B44.0, B44.1, J12-14),
- b) Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zur phänotypischen Resistenzbestimmung, auch in Kooperation möglich. Möglichkeit zur genotypischen Resistenzbestimmung gegen Rifampicin und Isoniazid innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang, auch in Kooperation möglich,
- c) eine getrennte Infektionsstation zur Behandlung von ansteckungsfähigen Tuberkulosen einschließlich multi-drug resistant TB (MDR-TB) ist vorhanden,
- d) Möglichkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ansteckungsfähiger Tuberkulose auf einer Intensivstation,
- e) Vorhaltung eines multidisziplinären Antibiotic Stewardship (ABS) - Teams (gemäß S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaaanwendung im Krankenhaus“ Stand: 31.01.2019), bestehend aus mindestens vier Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern:
 - i. Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit Verantwortung für die Krankenhaushygiene und
 - ii. Fachärztin oder Facharzt entweder mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
 - iii. Apothekerin oder Apotheker mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
 - iv. Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit Zuständigkeit für mikrobiologische Diagnostik.

Hausinterne Leitlinien zur Behandlung von infektiologischen Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. CAP) müssen verfügbar sein.

- f) Möglichkeiten zur Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer HIV/AIDS-Erkrankung sowie von Patientinnen und Patienten mit einer immunsupprimierenden Erkrankung bestehen und
- g) Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Tuberkulose

b) § 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 5 wird wie folgt geändert:

In Satz 3 Buchstabe g wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Buchstaben h und i angefügt:

- „h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Lungenmedizin und
- i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.“

bb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. Sofern Kinder im Zentrum behandelt werden: Implementierung eines Transitionskonzepts zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.“

6. Die Anlage 8 wird wie folgt geändert:

- a) In § 1 Satz 3 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.
- b) In § 1 Satz 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

7. Die Anlage 9 wird wie folgt geändert:

- a) In § 1 Satz 3 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.
- b) In § 1 Satz 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

8. In Anlage 1 § 2 Nummer 4 Satz 3 Buchstabe c, Anlage 2 § 2 Nummer 3 Satz 3 Buchstabe e, Anlage 3 § 2 Nummer 3 Satz 3 Buchstabe d, Anlage 4 § 2 Nummer 4 Satz 3 Buchstabe e, Anlage 5 § 2 Nummer 4 Satz 3 Buchstabe e, Anlage 6 § 2 Nummer 5 Satz 3 Buchstabe e, Anlage 7 § 2 Nummer 5 Satz 3 Buchstabe e, Anlage 8 § 2 Nummer 5 Satz 3 Buchstabe e, Anlage 9 § 2 Nummer 5 Satz 3 Buchstabe e, Anlage 10 § 2 Nummer 5 Satz 3 Buchstabe d wird jeweils die Angabe „/“ durch das Wort „und“ ersetzt.

II. Die Änderungen der Regelungen treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den 20. November 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken