

Abschlussbericht

Unterausschuss Bedarfsplanung

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

Stand: 20. November 2020

Unterausschuss Bedarfsplanung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Beschlussentwurf der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde	1
2.	Tragende Gründe die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden	17
3.	Darstellung der Änderungen im Regelungen-Fließtext.....	65
3.1	Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren.....	65
3.2	Anlage 7 – Lungenzentren	72
3.3	Anlagen 8 und 9 – Nephrologische und Kinderonkologische Zentren.....	86
4.	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	88
5.	Eingegangene schriftliche Stellungnahmen	95
5.1	Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK).....	95
5.2	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Angiologie Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA).....	99
5.3	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	101
5.4	Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), Gesellschaft für Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE), Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)	102
5.5	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie	106
5.6	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurointensivmedizin (DGNI).....	107
5.7	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)	110
5.8	Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP), Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	112
5.9	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)	134
5.10	Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI).....	137
5.11	Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).....	138
5.12	Stellungnahme Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN).....	140
5.13	Stellungnahme der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)	143
5.14	Stellungnahme der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH).....	144
5.15	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie.....	146

5.16	Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft	148
5.17	Stellungnahme Deutsche Röntgengesellschaft – Gesellschaft für medizinische Radiologie e.V. (DRG), Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie in der DGR (DeGIR), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)	149
5.18	Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF).....	153
6.	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	155
6.1	Übersicht der fristgerecht eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen.....	156
6.2	Auswertung von Stellungnahmen	157
6.2.1	Allgemeine Positionierungen und Hinweise	157
6.2.2	Stellungnahme der AWMF zu den §§ 3 und 5	172
6.2.3	Stellungnahmen zu Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren	174
6.2.4	Stellungnahmen zu Anlage 7 – Lungenzentren	189
6.2.5	Stellungnahmen zu Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren	251
6.2.6	Verfristete Stellungnahme	254
7.	Wortprotokoll der mündlichen Anhörung	258
8.	Würdigung der Stellungnahmen	288
9.	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V	289
10.	Beschluss.....	290

1. **Beschlussentwurf der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**

Stand: 11.08.2020

Beschlussentwurf



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 15.10.2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 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 6 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren“.

b) § 1 wird wie folgt gefasst:

„§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1.

GKV-SV / KBV / PatV / LV	DKG
Vorhaltung der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Kardiologie am Standort,	Vorhaltung der Fachabteilungen a) Innere Medizin oder Kardiologie, b) Neurologie, c) Neurochirurgie und d) Vorhaltung einer chirurgischen Fachabteilung mit gefäßchirurgischer Kompetenz

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.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Neuro-Intensivstation unter neurologischer oder neurochirurgischer oder gemeinsamer fachlicher Leitung sowie	Vorhaltung einer Intensivstation.

4. Vorhaltung einer Stroke Unit, die folgende Anforderungen erfüllt:

- a) mindestens 8 Monitor-Betten werden vorgehalten und
- b)

DKG / LV	GKV-SV / KBV / PatV
eine intravenöse Thrombolyse ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) durchführbar.	--

(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)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Mitarbeit an Leitlinien, Konsensuspapieren und Beteiligung an Projekten zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung oder	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.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
--	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

GKV-SV / KBV / DKG	PatV / LV
Das Zentrum kooperiert strukturiert und regelhaft mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung.	Das Zentrum kooperiert strukturiert und regelhaft in einem Netzwerk in koordinierender Funktion mit anderen Krankenhäusern und mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung

(5) Mindestfallzahlen

1.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
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	Im Zentrum werden jährlich mindestens 600 Fälle mit der Hauptdiagnose nicht-traumatische subarachnoidale und intracerebrale Blutungen, Hirninfarkte, transitorisch-ischämische Attacken, Stenosen und Verschlüsse präzerebraler und zerebraler Arterien (I60, I61, I63, I64, I66, G45,) behandelt und

2. es werden jährlich mindestens je

a)

GKV-SV / KBV	DGK	LV
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),	65 Eingriffe an hirnversorgenden Arterien (OPS-Kodes 8-840.-, 8-841.-, 8-842.-, 8-843.-, 8-848.-, 8-849.-, 8-84a.-, 8-84b.- (6.Stelle jeweils 0 oder aus h bis p), 8-845.- 8-846.- (6. Stelle jeweils 0 oder aus h bis n), 8-844.- (6. Stelle jeweils 0), 5-380.0-, 5-381.0-, 5-382.0-, 5-383.0-)	60 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)

GKV-SV / KBV / LV	DKG
75 endovaskuläre intrakranielle Aneurysma-Ausschaltungen (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90),	60 intrakranielle Aneurysma-Ausschaltungen (OPS-Kodes 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90, 5-025.-)

c)

GKV-SV / KBV	LV	DKG
40 operative Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysmaausschaltung (OPS 5-025),	50 operative Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysmaausschaltung (OPS 5-025),	--

d)

GKV-SV / KBV / LV	DKG
50 operative Eingriffe an hirnversorgenden Arterien (OPS 5-380.0, 5-381.0, 5-382.0, 5-383.0) und	--

e)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
100 mechanische Thrombektomien intrakranieller Arterien (OPS 8-836.80) durchgeführt."	70 mechanische Thrombektomien intrakranieller Arterien (OPS 8-836.80) durchgeführt."

4. Die Anlage 7 wird wie folgt geändert:

a) § 1 wird wie folgt gefasst:

„§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Vorhaltung einer Fachabteilung für Pneumologie am Standort,	Leitung des Zentrums durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und Vorhaltung von mindestens zwei Fachärztinnen oder Ärzten für Innere Medizin und Pneumologie

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)

DKG	GKV-SV / KBV / PatV / LV
Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten,	Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten, mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,

b) Vorhaltung einer Station mit mindesten 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung,

c)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Vorhandensein von fünf Atmungstherapeuten am Standort,	Vorhandensein von zwei Atmungstherapeuten am Standort,

d)

DKG / LV	GKV-SV / KBV
die Weaning-Einheit behandelt jährlich mindestens 40 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär,	die Weaning-Einheit behandelt jährlich mindestens 100 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär,

e)

GKV-SV / KBV	DKG
jährlich werden mindestens insgesamt 40 Beatmungsentwöhnungen versucht oder Beendigungen einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung durchgeführt	--

f) die Weaningeinheit stellt eine adäquate Schulung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sicher,

g) die Mitglieder des Behandlungsteams erörtern regelmäßig Aspekte der Entscheidungen am Lebensende in einem Forum und

h)

DKG / LV	GKV-SV / KBV / PatV
die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt jährlich mindestens 40 Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.	die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt jährlich mindestens 100 Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.

(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) Mindestfallzahlen

GKV-SV / KBV	DKG / LV
Es werden jährlich mindestens 1.300 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose behandelt (Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.-).	Es werden jährlich mindestens 2.500 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose (J00-J99, C34, A15-A16, A19) behandelt.

(5) Spezialisierungen am Standort

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Es sind mindestens zwei der folgenden fünf Spezialisierungen am Standort vorhanden:	Es sind mindestens zwei der folgenden sieben Spezialisierungen am Standort vorhanden:

1. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (einschließlich Lungenemphysem), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:
 - a) Vorhaltung einer Station mit mindesten 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung (können identisch zu § 1 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b sein),
 - b)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
Behandlung von jährlich mindestens 1.200 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47),	Behandlung von jährlich mindestens 500 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47) als Hauptdiagnose am Standort,

- 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)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche)	Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

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

a)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
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,	Board für interstitielle Lungenerkrankungen mit mindestens zweiwöchentlichen interdisziplinären Fachkonferenzen; bei Bedarf nimmt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie an der Fachkonferenz teil (auch telemedizinisch möglich),

b)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
jährliche Behandlung von mindestens 350 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J84.-),	jährliche Behandlung von mindestens 80 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J60.- bis J64.-, J66.-, J67.-, J68.4, J70.1 bis J70.4, J80.- bis J84.-, D86.0, D86.2),

- c) technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie und

d)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche)	Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

3.

GKV-SV / DKG / KBV / PatV / LV	UPV
Vorhaltung einer Behandlungseinheit Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:	Vorhaltung einer Behandlungseinheit für seltene Infektionskrankheiten der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

a)

GKV-SV / KBV	DKG / LV	UPV
Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose A15.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert) oder A16.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert),	Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose A15.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert), A16.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert) oder A19.- (Miliartuberkulose),	Jährliche Behandlung von mindestens 200 stationären Fällen seltener Infektionskrankheiten der Lunge einschließlich Tuberkulose und atypischen Mykobakteriosen (A15-A19, A21.2, A22.1, A31.0, A48.1, B25.0, B37.1, B44.0, B44.1, J12-14),

b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zur genetisch und phänotypischen Resistenzbestimmung innerhalb von 24 Stunden, auch in Kooperation möglich,	Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zum Nachweis von genotypischen Resistenzen sowie zur phänotypischen Resistenztestung, 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)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV	UPV
eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie und mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB von Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren ist bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar	Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie und mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB bei Bedarf, auch in Kooperation, zur Verfügung,	eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie ist bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar,

f)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
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: <ul style="list-style-type: none"> 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 In- 	--

fektionsepidemiologie mit Zuständigkeit für mikrobiologische Diagnostik. Hausinterne Leitlinien zur Behandlung von infektiologischen Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. CAP) müssen verfügbar sein.	
---	--

g)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
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	--

h) Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Tuberkulose
oder

4. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Erwachsene mit Mukoviszidose, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

a)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Vorhaltung einer Fachabteilung für Gastroenterologie oder Innere Medizin und Gastroenterologie am Standort,	--

b)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen im Alter über 18 Jahre mit der Hauptdiagnose Mukoviszidose (E84.0 Cystische Fibrose mit Lungenbeteiligung) und	Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose Mukoviszidose (E84.0 Cystische Fibrose mit Lungenbeteiligung, E84.8- Zystische Fibrose, E84.9 Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet) und

c) Anwendung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten

oder

5. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für pulmonale Hypertonie (pH), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

a)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose pulmonale Hypertonie (I27.- Sonstige pulmonale Herzkrankheiten),	Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose pulmonale Hypertonie (I27.- Sonstige pulmonale Herzkrankheiten),

b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Vorhaltung einer Fachabteilung für Kardiologie am Standort,	Vorhaltung einer Fachabteilung für Innere Medizin oder Kardiologie am Standort,

c)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH von Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren ist bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar und	Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren mit pH behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH bei Bedarf, auch in Kooperation, zur Verfügung.

d)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Möglichkeit zur Durchführung von Links- und Rechtsherzkatheter-Untersuchungen (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche).	Möglichkeit zur Durchführung von Links- und Rechtsherzkatheter-Untersuchungen,
GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
--	oder 6. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

	<ul style="list-style-type: none"> a) Jährliche Behandlung von mindestens 200 Mindestprimärfällen (C34) pro Jahr und b) Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren (Onkozeit, Stand: 11.09.2019 Version G2¹) und c) das Lungenzentrum ist Kooperationspartner eines onkologischen Zentrums, welches die Qualitätsvorgaben der Anlage 2 erfüllt.
GKV-SV / KBV / PatV / LV	DKG
--	<p>oder</p> <p>7. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Schlafmedizin, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vorhaltung eines Schlaflabors gemäß Leitfaden und Kriterien für die Akkreditierung von Schlaflaboren der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung- und Schlafmedizin (DGSM) Stand: Somnologie, 21: S. 200-209, 2017² zur stationären Versorgung von Patienten, bei denen <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Verfahren ausgeschöpft sind oder - schwere Begleiterkrankungen vorliegen oder - ein erhöhter Betreuungs/ Überwachungsaufwand besteht und b) Leitung des Schlaflabors durch einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie <ul style="list-style-type: none"> - mit Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin der Ärztekammer oder - mit Qualifikationsnachweis Somnologie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung- und -medizin (DGSM) (Stand: 03. September 2013) oder - Qualifikation Somnologist der European Sleep Research Society

1 Erhebungsbogen Lungenkrebszentren (Stand: 11.09.2019, Version G2), abrufbar unter: <https://www.onkozeit.de/organ/lunge/>

2 Leitfaden und Kriterien die Akkreditierung von Schlaflaboren der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), erschienen in Somnologie, Band 21 im Jahr 2017, Ausgabe 3, Seiten 200 – 209, publiziert am 30.06.2017, abrufbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11818-017-0125-5.pdf>

	<p>(ESRS) (Stand: 07. Oktober 2013) und</p> <p>c) das Schlaflabor verfügt über eigene, als Einzelplatzräume ausgestattete Räume und</p> <p>d) Vorhaltung polysomnographischer Messtechnik mit kontinuierlicher Überwachung mit mindestens den folgenden Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierlicher Ableitung der Hirnströme mittels Elektroenzephalogramm, - Langzeit EKG, - Elektromyogramm, - Elektrokulogramm, - Pulsoxymetrie, - Atemflussmessung nasal und oral und - Atemexkursionen von Thorax und Abdomen."
--	---

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.“

5. Die Anlage 8 wird wie folgt geändert:

a)

DKG / KBV / LV	GKV-SV
In § 1 Satz 3 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.	--

b)

DKG / KBV / LV	GKV-SV
In § 1 Satz 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.	--

6. Die Anlage 9 wird wie folgt geändert:

a)

DKG / KBV / LV	GKV-SV
In § 1 Satz 3 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.	--

b)

DKG / KBV / LV	GKV-SV
In § 1 Satz 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.	--

7. 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,

DKG / KBV	GKV-SV
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 15. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

2. Tragende Gründe die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

Stand: 11.08.2020

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (Zentrums-Regelungen)

Vom XX. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Änderungen im Allgemeinen Teil der Zentrums-Regelungen.....	2
2.1.1	§ 3 Absatz 7 Satz 1.....	2
2.1.2	§ 5 Absatz 5	2
2.2	Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren	4
2.2.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	4
2.2.2	§ 2 Besondere Aufgaben	12
2.3	Anlage 7 – Lungenzentren	13
2.3.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	13
2.3.2	§ 2 Besondere Aufgaben	42
2.4	Anlage 8 – Nephrologische Zentren	44
2.5	Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren.....	44
2.5.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	44
3.	Sonstige Anpassungen	45
4.	Literatur	45
5.	Bürokratiekostenermittlung.....	47
6.	Verfahrensablauf	47
7.	Fazit	47

1. Rechtsgrundlage

GKV-SV

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der G-BA beauftragt, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG und in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

GKV-SV

Bei seiner Erstfassung der Zentrums-Regelungen hatte der Gemeinsame Bundesausschuss zunächst von einer Festlegung von eigenen Qualitätsanforderungen zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V für neurovaskuläre Zentren und Lungenzentren abgesehen. Der G-BA hat bestimmt, dass die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fortgelten, so dass die in den Ländern etablierten und krankenhauplanerisch ausgewiesenen Zentren die besonderen Aufgaben weiterhin wahrnehmen konnten. Um das volle Potential der bundesweit bestehenden Zentren und ihrer Expertise ausschöpfen zu können sowie einheitliche Mindestqualitätsstandards für die Aufgabenwahrnehmung zu etablieren, hat der G-BA bundeseinheitliche Anforderungen für die Erbringung der besonderen Aufgaben durch die oben genannten Arten von Zentren festgelegt.

2.1 Änderungen im Allgemeinen Teil der Zentrums-Regelungen

2.1.1 § 3 Absatz 7 Satz 1

Bei der Erstfassung der Zentrums-Regelungen wurde bestehenden Zentren und Schwerpunkte eine ausreichende (DKG: ~~ausreichende~~) Übergangsfrist von bis zu 6 Monaten eingeräumt, um die notwendigen Vorbereitungen (Rekrutierung oder Qualifizierung von Personal, Etablierung von Prozessen, Kooperationsvereinbarungen etc.) zur Umsetzung der vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen durchzuführen. Dieselbe Dauer von 6 Monaten soll auch für bestehende Zentren gelten, die die neu festgelegten Qualitätsanforderungen in den Anlagen 6 und 7 sowie in weiteren, zukünftig zu beschließenden Anlagen umzusetzen haben. Die angesichts der Hochphase der COVID-19-Erkrankungen im ersten Halbjahr 2020 gewährte Verlängerung um 6 weitere Monate wird für die Anlagen 1-5 beibehalten.

2.1.2 § 5 Absatz 5

Aktuelle Zahlen zeigen, dass die Fallzahlen im stationären Sektor im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie geringer ausfallen können als im Vorjahr 2019. Den Zentren soll dadurch kein Nachteil entstehen, sodass ihnen die Möglichkeit des Rückgriffs auf die Fallzahlen aus 2019 eröffnet werden soll

2.1.2.1 Satz 3 (neu)

Der neu eingefügte Satz 3 eröffnet zum Zwecke der Berechnung der Mindestfallzahl für die Wahrnehmung von besonderen Aufgaben im Budgetjahr 2021 die Möglichkeit, anstelle der Fallzahlen aus dem Vorjahr 2020 auf die Fallzahlen aus dem Jahr 2019 zurückzugreifen: Sind die Fallzahlen infolge der COVID-19-Pandemie aus dem Jahr 2020 niedriger als im Jahr 2019

ausgefallen, darf auf die Fallzahlen von 2019 zurückgegriffen werden. Fallen die Fallzahlen im Jahr 2020 doch höher aus als im Jahr 2019, können weiterhin die Fallzahlen von 2020 zugrunde gelegt werden.

2.1.2.2 Satz 5 (neu)

Zum Zwecke der Berechnung der Mindestfallzahl für die Wahrnehmung von besonderen Aufgaben im Budgetjahr 2020 besteht auch bei Vorliegen der Fallzahlen aus dem Jahr 2020 die Möglichkeit, auf die Fallzahlen aus 2019 zurückzugreifen, wenn diese höher als die Fallzahlen des Jahres 2020 ausgefallen sind. Sollten die Fallzahlen aus 2020 höher sein, können weiterhin diese zugrunde gelegt werden.

2.2 Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren

2.2.1 § 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV
Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus. Die hier definierten Anforderungen orientieren sich am Konzept der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG), der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR) und der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) für interdisziplinäre neurovaskuläre Netzwerke [4]. Dabei stellen die in dieser Anlage beschriebenen neurovaskulären Zentren eine zusätzliche Ebene in dem bereits bestehenden Schlaganfallversorgungsmodell der regionalen und überregionalen Stroke Units dar und übernehmen die Funktionen eines Kompetenz- und Koordinationszentrums. Im Fokus stehen vor allem die kontinuierliche Verbesserung der Schlaganfallversorgung und die Weiterentwicklung der Therapie durch die Fortbildung und Beratung anderer an der Schlaganfallversorgung beteiligten Krankenhäuser.

2.2.1.1 Absatz 1 Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen

GKV-SV
Die Anforderungen des Absatzes 1 sind kumulativ zu erfüllen, soweit nicht anders angegeben.

2.2.1.1.1 Nummer 1

GKV-SV / KBV / PatV /	DKG
Am Standort des neurovaskulären Zentrums müssen die Fachabteilungen für Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Kardiologie vorhanden sein. Für die Versorgung komplexer neurovaskulärer Erkrankungen ist die enge Kooperation und Abstimmung unter diesen Fachrichtungen essenziell. Zudem ist nur so gewährleistet, dass rund um die Uhr qualifizierte Ansprechpartner für die Beratung anderer Leistungserbringer bei schwierigen Problemkonstellationen zur Verfügung stehen. Eine Expertise in anderen neurovaskulären Fachgebieten wie beispielsweise der Neuroophthalmologie, Strahlentherapie, Angiologie und Hämostaseologie ist ebenfalls erforderlich und kann durch diese Anforderung sichergestellt werden. Diese Anforderung bildet zudem die „Infrastruktur eines interdisziplinären, neurovaskulären, koordinierenden Zentrums“ gemäß dem oben genannten Konzept ab.	Am Standort des Neurovaskulären Zentrums werden alle Fachgebiete vorgehalten, die ein breites diagnostisches Angebot und (nahezu) alle Behandlungsoptionen bei Neurovaskulären Erkrankungen abdecken. Die Vorhaltung der Fachabteilungen für Innere Medizin oder Kardiologie, für Neurologie, für Neurochirurgie und eine Fachabteilung mit gefäßchirurgischer Kompetenz am Standort des Zentrums gewährleisten, dass rund um die Uhr qualifizierte Ansprechpartner für die Beratung anderer Leistungserbringer bei schwierigen neurovaskulären Problemkonstellationen zur Verfügung stehen. Ausschlaggebend ist die Vorhaltung der fachlichen Kompetenz innerhalb der im Krankenhaus bestehenden Organisationsstruktur. Eine gefäßchirurgische Kompetenz zeichnet sich zum einen durch die Vorhaltung entsprechender Fachärzte oder durch Fachabteilungen mit gefäßchirurgischem Schwerpunkt aus.

2.2.1.1.2 Nummer 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Unter dieser Nummer wird das Anforderungsspektrum an die Infrastruktur des neurovaskulären Zentrums weiter konkretisiert. Entsprechend des Konzepts für interdisziplinäre neurovaskuläre Netzwerke, ist eine Organisationseinheit für Neuroradiologie am Standort notwendig, die an dieser Stelle über die jederzeitige Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Radiologie mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie definiert ist. Weiterhin müssen die essentiellen Aufgaben dieser Organisationseinheit, die bildgebende Diagnostik sowie die mechanische Rekanalisation jederzeit verfügbar sein, um sowohl die umfassende Expertise in diesem wichtigen Bereich, als auch die jederzeitige Ansprechbarkeit für Beratungsanfragen sicherzustellen. Die beschriebene apparative Ausstattung entspricht den Anforderungen an eine überregionale Stroke Unit entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG [17]. Zudem muss jede aufnehmende Schlaganfallstation in der Lage sein, einen intrakraniellen Gefäßverschluss sicher und schnell zu diagnostizieren. Aus diesem Grund ist die jederzeitige Verfügbarkeit der CT- oder MRT-Untersuchung) inklusive CT- bzw. MR-Angiographie essentiell [20].</p>	<p>Die Vorhaltung neuroradiologischer Kompetenz ist im Rahmen der interdisziplinären Versorgung von Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen von besonderer Bedeutung. Neben spezialisierten diagnostischen Methoden, auf deren Grundlage die zeitnahe und interdisziplinäre Ableitung therapeutischer Optionen erfolgt, ist die Verfügbarkeit interventioneller Kompetenz im Sinne der Möglichkeit zur mechanischen Rekanalisation im Zentrum erforderlich, um die Versorgung zeitkritischer Befunde jederzeit zu ermöglichen. Darüber hinaus handelt es sich bei der Vorhaltung einer neuroradiologischen Organisationseinheit um eine Spezialisierung, die nicht in jedem Krankenhaus etabliert ist. Die diesbezügliche Expertise sowie das im Zentrum vorhandene diagnostische/therapeutische Spektrum bieten anderen Leistungserbringern, die nicht über vergleichbare Strukturen verfügen, die Möglichkeit zur Beratung und ggf. die zeitnahe Einleitung der zielgerichteten Weiterversorgung entsprechender Patienten.</p>

2.2.1.1.3 Nummer 3

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Zur Versorgung neurologischer und neurochirurgischer Erkrankungsbilder hat sich die Einrichtung einer spezialisierten Intensivstation etabliert. So kann die notwendige enge Zusammenarbeit zwischen den Fachabteilungen für Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Kardiologie weiter gefördert werden, um aktuelle Leitlinien und Therapiestandards schnellstmöglich umzusetzen.</p>	<p>Zur Versorgung neurologischer und neurochirurgischer Erkrankungsbilder ist eine Intensivstation vorzuhalten. Die entsprechende neurologische und neurochirurgische Fachkompetenz ergibt sich durch die Erfüllung der weiteren einzuhaltenden Qualitätsanforderungen.</p>

2.2.1.1.4 Nummer 4

GKV-SV / KBV / PatV /	DKG
<p>Stroke-Units (SU) sind ein Grund dafür, dass die Schlaganfallversorgung in Deutschland</p>	<p>Im internationalen Vergleich verfügt die Schlaganfallversorgung in Deutschland über</p>

<p>ein hohes medizinisches Niveau erreicht hat. Der G-BA hat diesem Umstand bereits Rechnung getragen als er das Modul „Schlaganfallversorgung“ in die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V übernommen hat. Bereits heute existieren etablierte Netzwerke zwischen den verschiedenen Stroke-Units in den Krankenhäusern. Die neurovaskulären Zentren nehmen unlängst vielerorts eine koordinierende Funktion in diesen Verbänden war.</p> <p>Wesentlich ist, dass in den Stroke-Unit-Einheiten endovaskuläre Therapieverfahren jederzeit zur Verfügung stehen, sodass gerade schwere Schlaganfälle (z. B. Karotis-T-Verschluss, Verschluss der A. basilaris u. a.) optimal und augenblicklich behandelt werden können. Im Rahmen einer Zertifizierung von überregionalen Stroke-Units werden mindestens 6 SU-Monitoring-Betten gefordert, sowohl Experten als auch Rechen des G-BA haben jedoch bestätigt, dass 8 SU-Monitoring-Betten inzwischen der Standard in Schlaganfallversorgenden Kliniken ist.</p>	<p>ein hohes medizinisches Niveau. Insbesondere die vernetzte Versorgung von Schlaganfallpatienten in Stroke-Units unterschiedlicher Versorgungsstufen bilden die Grundlage für eine signifikant erhöhte Überlebenschancen nach einem akuten Schlaganfall. Die Vorhaltung von 8 Monitor-Betten entspricht der Ausstattung der meisten überregionalen Stroke-Units und trägt den besonderen Anforderungen an ein neurovaskuläres Zentrum Rechnung. Die der intravenöse Thrombolyse als rekanalisierende Maßnahme ist gemäß der Leitlinie „Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls – Ergänzung 2015 – Rekanalisierende Therapie – Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie im Zentrum jederzeit vorzuhalten.</p>
--	---

2.2.1.2 Absatz 2: Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Neurovaskulären Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet.

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Neurovaskulären Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Neurovaskuläre Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.

2.2.1.3 Absatz 3: Forschungstätigkeit

2.2.1.3.1 Nummer 1

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin tragen die neurovaskulären Zentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren sowie</p>	<p>Neurovaskuläre Zentren tragen die Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf</p>

<p>erfolgreiche Präventionsmaßnahmen in die Breite zu tragen. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Zudem beteiligen sie sich an Projekten der Präventionsforschung. Um die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit von verhaltensorientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung bemessen zu können, bedarf es der Erforschung insbesondere von Langzeiteffekten bereits implementierter Maßnahmen. Zudem ist es erforderlich, zu analysieren, wie Präventionsmaßnahmen unter verschiedenen Rahmenbedingungen wirken.</p> <p>Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrische Studien mit Studienprotokoll handeln, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinatorin eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.</p>	<p>Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (inter-nationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrische Studien mit Studienprotokoll handeln, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinator eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein. Des Weiteren kann sich das Zentrum an Projekten zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung beteiligen.</p>
---	---

2.2.1.3.2 Nummer 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) stellt einheitliche Dokumentationsbögen und Qualitätsindikatoren für Schlaganfallregister zur Verfügung. So stehen in nahezu jedem Bundesland etablierte Register zur Qualitätssicherung, zur Schaffung von Versorgungstransparenz und zur Versorgungsforschung zur Verfügung. Die Teilnahme an einem Register, welches die Anforderungen der ADSR erfüllt und mit dieser kooperiert, wird daher vom G-BA für die neurovaskulären Zentren festgelegt. Unter der Kooperation mit der ADSR ist insbesondere die Beteiligung am Datenpooling zur gemeinsamen Auswertung und Publikation der Qualitätsdaten der landesspezifischen Register zu verstehen.</p>	<p>Das Register wurde etabliert, um eine standardisierte Datenerfassung zum Krankheitsbild Schlaganfall zu entwickeln. Das Register wird herangezogen, um regionale und überregionale Vergleiche unter wissenschaftlichen, qualitätsrelevanten und epidemiologischen Gesichtspunkten zu erstellen, weshalb auch eine verpflichtende Teilnahme des Zentrum unerlässlich ist.</p>

2.2.1.4 Absatz 4: Kooperationen

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die Netzwerkstrukturen der neurovaskulären Zentren sollen auch den Bereich der Nachsorge umfassen. Rehaeinrichtungen, die Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemkonstellationen versorgen, die zuvor in einem Zentrum behandelt wurden, sollen bei Bedarf die Beratungsleistungen des Zentrums in Anspruch nehmen können. Daher wird eine regelhafte Kooperation mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung gefordert. Sofern die Einrichtung nicht Teil des Krankenhauses ist, zu dem auch das Zentrum gehört, muss diese vertraglich geregelt sein. Mit dieser Anforderung wird insbesondere an die besondere Aufgabe Nummer 1 angeknüpft, die auch Reha-Kliniken als Mitglieder eines Zentrums-Netzwerks sieht.</p>	<p>Die Inzidenz von Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen nimmt mit steigendem Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland zu. Neben einer frühzeitigen Akuttherapie und entsprechendem Komplikationsmanagement ist die Funktionsrestitution in spezialisierten Rehabilitationszentren für diese Patienten von besonderer Bedeutung. Das Spektrum der im Zentrum versorgten neurovaskulären Erkrankungen und die mit ihnen verbundenen therapeutischen Ansätze sind vielfältig und betreffen teilweise sehr unterschiedliche Patientengruppen. Maßnahmen zur Funktionsrestitution müssen schon während des akutstationären Aufenthaltes entsprechend patientenindividuell eingeleitet und ohne Unterbrechung fortgeführt werden. Die regelhafte Kooperation des Zentrums mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung stellt die Möglichkeit zum intensiven Austausch über die in der Rehaeinrichtung versorgten Patienten sicher. Neben der Beratung durch die Experten des Zentrums bietet die Kooperation die Möglichkeit einer zeitnahen und unkomplizierten Übernahme von Patienten in beide Richtungen. Die gemeinsame Abstimmung bzw. Anpassung geeigneter patientenindividueller Reha-Konzepte wird durch eine regelhafte Kooperation deutlich verbessert.</p>

2.2.1.5 Absatz 5: Mindestfallzahlen

GKV-SV
<p>Krankenhäuser, die eine Beratungsfunktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen, müssen nachweisen, dass sie in der Behandlung der relevanten Erkrankungen über eine entsprechende Routine verfügen und sich in ihrer Expertise von anderen Leistungserbringern der Spitzenmedizin abheben. Die hier festgelegten Mindestfallzahlen entsprechen nach Analysen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V sowie der Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen den Fallzahlen derjenigen Krankenhäuser, die innerhalb neurovaskulärer Netzwerke als Leistungserbringer der Spitzenmedizin bereits heute koordinierende Funktionen übernehmen. Die Höhe der geforderten Mindestfallzahlen ist zudem ein Indikator für das überörtliche Einzugsgebiet des Zentrums.</p>

2.2.1.5.1 Nummer 1

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Bei der Mindestfallzahl von 1.000 Fällen wird davon ausgegangen, dass das Krankenhaus pro Woche durchschnittlich ca. 20 Patientinnen und Patienten mit einer neurovaskulären Erkrankung als Hauptdiagnose stationär behandelt. Bereits für eine Zertifizierung als überregionale Stroke-Unit wird eine jährliche Mindestfallzahl von 500 behandelten Schlaganfallpatientinnen und -Patienten gefordert, was problemlos von mehr als 100 Krankenhäusern erfüllt wird [16]. Um innerhalb dieser Gruppe der maßgeblichen Schlaganfallversorger diejenigen Zentren zu identifizieren, die hier als Mentoren und Koordinatoren wirken sollen, ist eine Mindestfallzahl von 1.000 Fällen anzusetzen, welche die erforderliche Erfahrung und Routine dieser Zentren, die zur Beratung anderer Krankenhäuser erforderlich ist, beschreibt.</p>	<p>Die mit der Zuweisung von besonderen Aufgaben verbundene übergeordnete Funktion des Zentrums erfordert eine besondere Expertise im Hinblick auf die möglichen Ursachen neurovaskulärer Erkrankungen. Die Behandlung von jährlich 600 Fällen mit der Hauptdiagnose nicht-traumatische subarachnoidale und intracerebrale Blutungen, Hirninfarkte, transitorisch-ischämische Attacken, Stenosen und Verschlüsse präzerebraler und zerebraler Arterien (I60, I61, I63, I64, I66, G45.) übersteigt die Zertifizierungs-Anforderungen an überregionale Stroke-Units und stellt die zur Zuweisung von besonderen Aufgaben erforderliche Expertise für die Versorgung von Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen sicher</p>

2.2.1.5.2 Nummer 2

GKV-SV / KBV	DKG
<p>Die an dieser Stelle aufgeführten Interventionen stellen komplexe neurovaskuläre Eingriffe dar, bei denen neben der individuellen Fertigkeit und Erfahrung der Ärztin oder des Arztes auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich ist, die vor allem durch eine gemeinsame und regelmäßige Erbringung der Leistung entsteht.</p> <p>Seit dem Jahr 2012 bietet die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V. (DGNR) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR) Zertifikate für die neuro-interventionellen Eingriffe an. Die hier genannten Eingriffe sowie Mindestfallzahlen orientieren sich u.a. an den dort geforderten notwendigen selbstständig durchgeführten Spezial-Interventionen [7].</p> <p>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): Die Morbidität und Mortalität</p>	<p>Buchstabe a) bis e)</p> <p>Die Aufgabe des Zentrums erfordert im Hinblick auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen wie auch im Rahmen der Beratung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern die nachweisliche Erfahrung in der Erbringung verschiedener operativer Verfahren. Unter Betrachtung der aktuell vorliegenden Daten und unter Einbezug der aktuellen Versorgungslandschaft wurden Mindestfallzahlen festgesetzt und als angemessen betrachtet.</p> <p>Die Behandlung von Stenosen der hirnversorgenden Arterien und intrakraniellen Aneurysmen wird durch das Zentrum sichergestellt. Neben operativen Eingriffen kommen hier auch vermehrt interventionelle Verfahren zum Einsatz. Die interventionellen Verfahren haben in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung und Ausweitung zu verzeichnen, die sich auch in der Zunahme der entsprechend weitergebildeten Leistungserbringer</p>

<p>bei Eingriffen an hirnversorgenden Gefäßen, insbesondere bei Carotisstentings, wird hochsignifikant von der Erfahrung des Arztes bestimmt [18]. Insbesondere die ersten 12 Interventionen eines Arztes oder einer Ärztin sind mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden. Angesichts der Tatsache, dass eine Fachabteilung über mindestens fünf Fachärzte verfügen muss, um eine „Rund-um-die-Uhr-Facharztverfügbarkeit“ zu gewährleisten, entspricht die Mindestfallzahl der unteren Grenze der erforderlichen Erfahrung. Zudem konnten Nallamothu et al. (2011) [18] in ihrer Studie zum Zusammenhang zwischen der Erfahrung des Arztes oder der Ärztin mit der Durchführung von Carotisstentings und den Outcomes belegen, dass die 30-Tage-Mortalität der Patientinnen und Patienten signifikant ansteigt, wenn der Arzt oder die Ärztin weniger als 24 dieser Interventionen pro Jahr durchführt. Da es sich in der Studie um Arzt-bezogene Fallzahlen handelt, ist für ein Zentrum mit mehreren Ärztinnen und Ärzten, die diese Intervention durchführen, eine Mindestfallzahl von 50 anzusetzen, um sicherzustellen, dass das Zentrum mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzte mit einer herausragenden Expertise in der Durchführung dieser Interventionen vorhält, um andere Krankenhäuser beraten zu können. b) 75 endovaskuläre intrakranielle Aneurysma-Ausschaltungen (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90): Die Prüfungsordnung für die DeGIR-/DGNR-Zertifizierungen Stufe 2 setzt für einen Operateur im Modul F eine persönliche Erbringung von 50 intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltungen und 10 Ausschaltungen von arteriovenösen Fisteln (AVM/dAVF) voraus [7]. Da in einem Zentrum mehr als nur ein Arzt oder eine Ärztin diesen Eingriff durchführen können muss und die bestehenden Versorgungsstrukturen in Deutschland zu berücksichtigen sind, beschreibt die Mindestfallzahl von 75 endovaskulären Aneurysmaausschaltungen den</p>	<p>widerspiegelt. Neben der patientenindividuellen Indikationsstellung und dem Ergebnis des interdisziplinär von Neuroradiologen, Neurochirurgen und Anästhesisten festgelegten Behandlungsablaufes sind die im Krankenhaus vorhandenen strukturellen Voraussetzungen sowie die persönliche Expertise und Spezialisierung für die Auswahl des Verfahrens ausschlaggebend. Das Zentrum verfügt aufgrund der interdisziplinären Aufstellung (Neuroradiologie und Neurochirurgie) über die Expertise zur Durchführung beider Verfahren. Die Festschreibung von nach Verfahren (interventionell oder operativ) getrennten Mindestfallzahlen ist aus den oben genannten Gründen kein geeignetes Kriterium zur Qualitätsdarlegung. Vielmehr bildet die Festlegung einer Gesamt-Mindestfallzahl für Eingriffe an hirnversorgenden Arterien und eine Gesamt-Mindestfallzahl für Eingriffe an intrakraniellen Aneurysmen jeweils unter Einschluss beider möglicher Verfahren (Interventionell oder operativ) die Qualität der Leistungserbringung und der interdisziplinären Kompetenz im Zentrum ab, ohne dass die Gefahr besteht, dass die Auswahl des Verfahrens durch die zu erbringende Mindestfallzahl beeinflusst wird.</p>
--	---

<p>erforderlichen Kompetenznachweis um andere Krankenhäuser beraten zu können.</p> <p>c) 40 operative Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysmaausschaltung (OPS 5-025): Die meisten Patienten mit einem intrakraniellen Aneurysma kommen mit einer akuten Subarachnoidalblutung zur stationären Aufnahme. Es liegt eine Vielzahl von Studien vor, die einen Zusammenhang zwischen einer hohen Fallzahl und dem Outcome einer Subarachnoidalblutung nahelegt [17,20]. (Diese Studien zeigen, dass das Überleben in der Gruppe im Quartil mit der höchsten Anzahl von Fällen (19-70) deutlich höher war als in Krankenhäusern, die eine geringere Fallzahl vorweisen konnten. Die Mindestfallzahl von 40 Fällen liegt damit genau in dem Quartil, ab dem eine belegbare Erfahrung in der Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen vorliegt, die nachweisbar die Patientenversorgung verbessert.</p> <p>d) 50 operative Eingriffe an hirnversorgenden Arterien (OPS 5-380.0, 5-381.0, 5-382.0, 5-383.0): Der Einfluss der Erfahrung des Chirurgen und seiner Qualifikation auf das Outcome nach einer Carotisendarterektomie wird seit der NASCET-Studie (1999) umfassend untersucht [3]. Eine Metaanalyse von 25 Studien belegt, dass Krankenhäuser mit höheren Fallzahlen bessere Outcomes [13] vorweisen können: „Significantly lower mortality and stroke rates were achieved at hospitals providing a higher annual hospital volume of CEA [carotid endarterectomy]. Hospitals wishing to provide CEA should adhere to minimum volume criteria.“ Die besten Outcomes wurden laut der o.g. Studie ab einer jährlichen Fallzahl von 79 erreicht. Die für die neurovaskulären Zentren festgelegte Mindestfallzahl von 50 stellt damit und unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in Deutschland eine Untergrenze für den erforderlichen Kompetenznachweis zur Beratung anderer Krankenhäuser dar.</p>	
---	--

<p>e) 100 mechanische Thrombektomien intrakranieller Arterien (OPS 8-836.80): Der Zusammenhang zwischen der Anzahl von Thrombektomien und dem Outcome ist gut belegt [14]. Vor dem Hintergrund, dass die Komplikationsrate und die Mortalität in der Gruppe von Krankenhäusern mit 71-150 Thrombektomien signifikant geringer war als in Krankenhäusern mit niedrigeren Fallzahlen [14], beschreibt die Mindestfallzahl von 100 genau die Zentren, die geeignet sind andere Krankenhäuser in Fragen der Thrombektomie zu beraten und ggf. diese Patienten dann zur (Weiter-)Behandlung übernehmen zu können</p>	
--	--

2.2.2 § 2 Besondere Aufgaben

<p>GKV-SV</p>
<p>Hier werden die besonderen Aufgaben von interdisziplinären neurovaskuläre Zentren festgelegt. Ein neurovaskuläres Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen. Es wurden die bereits für etablierte Zentren definierten besonderen Aufgaben übernommen. Daher wird im Folgenden nur eine erweiterte Begründung und Klarstellung zu der bereits definierten Aufgabe Nummer 2 vorgenommen.</p>

2.2.2.1 Nummer 2

<p>Variante A: GKV-SV</p>	<p>Variante B: DKG</p>
<p>Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein neurovaskuläres Register bündelt die Daten zu neurovaskulären Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. Bei den hier und in den übrigen fachbezogenen Anlagen geforderten anerkannten Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, handelt es sich um Standards in Bezug auf den Datenschutz und die Interoperabilität.</p>	<p>Ein Register bündelt die Daten an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Darüber hinaus müssen hier und in den übrigen fachbezogenen Anlagen Datenschutz und Interoperabilität berücksichtigt werden. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.</p>

2.3 Anlage 7 – Lungenzentren

2.3.1 § 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV
Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.

2.3.1.1 Absatz 1: Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen

GKV-SV
Die Anforderungen des Absatzes 1 sind kumulativ zu erfüllen, soweit nicht anders angegeben.

2.3.1.1.1 Nummer 1

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Am Standort des Lungenzentrums muss eine Fachabteilung für Pneumologie verfügbar sein. Nur so ist gewährleistet, dass rund um die Uhr qualifizierte Ansprechpartner für die Beratung anderer Leistungserbringer bei schwierigen Problemkonstellationen (seltene Lungenerkrankungen oder seltene hochkomplexe Konstellationen bei häufigen Lungenerkrankungen) zur Verfügung stehen.	Um die fachliche und personelle Struktur des Lungenzentrums sicherzustellen, ist nachzuweisen, dass das Zentrum durch eine Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin oder Pneumologie geleitet wird. Darüber hinaus müssen zwei Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie vorgehalten werden. Durch diese Anforderungen ist sichergestellt, dass ungeachtet der Fachabteilungsstruktur die personelle Expertise für dieses Zentrum sichergestellt ist.

2.3.1.1.2 Nummer 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
Um an Arzneimittelstudien zu Lungenerkrankungen teilnehmen zu können (siehe Anforderung in Absatz 3), hält das Zentrum mindestens eine Ärztin oder einen Arzt mit einer gültigen Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG) vor.	Um an Arzneimittelstudien zu Lungenerkrankungen teilnehmen zu können, hält das Zentrum mindestens eine Ärztin oder einen Arzt mit einer gültigen Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG) vor.

2.3.1.1.3 Nummer 3

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
Der Erstkontakt mit einem Lungenzentrum sollte einfach in der Kommunikation und zeitlich wie auch regional gut wahrnehmbar sein. In einer zentralen Anlaufstelle des Zentrums erfolgen erste gezielte Abfragen, ggf. mithilfe entsprechender Fragebögen. Die weitere Koordination und Organisation	Der Erstkontakt für Patientinnen und Patienten sollte einfach in der Kommunikation und zeitlich wie auch regional gut wahrnehmbar sein. In einer zentralen Anlaufstelle des Zentrums erfolgen erste gezielte Abfragen, ggf. mithilfe entsprechender Fragebögen. Sprechzeiten

des Erstkontaktes erfolgt zur Entlastung der Patientin oder des Patienten und zur zielgerichteten Patienten-Steuerung über die Anlaufstelle des Zentrums.	und Ansprechpartner sollten öffentlich einfach auffindbar und einsehbar sein. Die weitere Koordination und Organisation des Erstkontaktes erfolgt zur Entlastung des Patienten und zur zielgerichteten Patientensteuerung über die Anlaufstelle des Zentrums..
---	--

2.3.1.1.4 Nummer 4

GKV-SV
<p>Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) werden Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten auf nicht-spezialisierten Intensivstationen nicht selten ohne Überprüfung des Weaning-Potenzials direkt in außerklinische Beatmungseinrichtungen entlassen. Hier besteht die Gefahr, dass es ohne die Anwendung eines vorausgehenden sachkompetenten Konzeptes zur Respiratorentwöhnung zu einer nicht notwendigen dauerhaften invasiven außerklinischen Beatmung kommt. Mit zunehmender Beatmungsdauer steigen jedoch Morbidität und Letalität signifikant [26]. Daher sieht der G-BA die Kernaufgabe eines Lungenzentrums darin, anderen Krankenhäuser bei ihren Bemühungen zur Respiratorentwöhnung der Patientinnen und Patienten bestmöglich zu beraten und zu unterstützen. Von der DGP wurde 2006 das Projekt „Wean-Net“ – das Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningeinheiten – gegründet mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zu fördern und eine freiwillige Qualitätssicherung einzuführen. In Weaningeinheiten werden langzeitbeatmete Patientinnen und Patienten aus Intensivstationen übernommen, die nur schwer vom Respirator entwöhnt werden können.</p> <p>Der G-BA greift mit seinen Anforderungen auf die Kriterien aus diesem Projekt zurück, erweitert die Anforderungen in einigen Punkten jedoch, um der besonders herausgehobenen Stellung der Zentren gerecht zu werden. Die abweichenden bzw. erweiterten Kriterien werden im Folgenden erläutert:</p>

2.3.1.1.4.1 Buchstabe a)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Für die Entwöhnung von der Beatmung muss eine Vielzahl von Beatmungsmodi zur Verfügung stehen (siehe auch Leitlinie prolongiertes Weaning), daher wird hier die maschinelle Beatmungsmöglichkeit ergänzt.	Die Anforderungen an die vom Zentrum vorzuhaltende Weaning-Einheit lehnen sich weitgehend an die durch das Projekt Wean-Net entwickelten anspruchsvollen Zertifizierungskriterien für die Weiterentwicklung entsprechender, auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierter Weaning-Zentren an. Die Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten entspricht den Anforderungen an die spezielle Aufgabenstellung dieser Weaning-Einheiten.

2.3.1.1.4.2 Buchstabe b)

DKG
Sowohl im Rahmen der Beatmungsentwöhnung invasiv beatmeter Patienten als auch bei der Entwöhnung primär nicht-invasiv beatmeter Patienten spielt die Anwendung von differenzierten nicht-invasiven Beatmungsmethoden eine herausgehobene Rolle. Die

besonderen Erfordernisse der im Entwöhnungsprozess befindlichen nicht invasiv beatmeten, zumeist wachen Patienten erfordern neben entsprechenden technischen und personellen Voraussetzungen ein Setting, dass diesen Patienten und ihren Angehörigen gerecht wird.

2.3.1.1.4.3 Buchstabe c)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Atmungstherapeuten sind darauf spezialisiert, Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen professionell zu betreuen und zu beraten. Im Rahmen einer curriculären Weiterbildung (z.B. der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie) werden theoretische sowie klinisch-praktische Kompetenzen vermittelt, die den Einsatz in spezialisierten Weaning-Einheiten ermöglichen. Atmungstherapeuten arbeiten interprofessionell und kooperativ mit Ärzten, Pflegekräften und anderen Therapeuten unter der fachlichen und organisatorischen Verantwortung eines Facharztes zusammen.</p> <p>Um eine „Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit“ eines Atmungstherapeuten für Beratungsleistungen zu gewährleisten, sind mindestens fünf Atmungstherapeuten erforderlich.</p>	<p>Atmungstherapeuten sind darauf spezialisiert, Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen professionell zu betreuen und zu beraten. Im Rahmen einer curriculären Weiterbildung (z.B. der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie) werden theoretische sowie klinisch-praktische Kompetenzen vermittelt, die den Einsatz in spezialisierten Weaning-Einheiten ermöglichen. Atmungstherapeuten arbeiten interprofessionell und kooperativ mit Ärzten, Pflegekräften und anderen Therapeuten unter der fachlichen und organisatorischen Verantwortung eines Facharztes zusammen. Zugelassen zur Weiterbildung werden Examierte Gesundheits- und Krankenpfleger und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpfleger mit 3-jähriger Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz sowie examinierte Physiotherapeuten mit jeweils mindestens zweijähriger Berufspraxis. Die Weiterbildung umfasst insgesamt 720 Stunden bei einer Gesamt-Kursdauer von 2 Jahren. Gemäß den durch die DGP erarbeiteten Zertifizierungskriterien für Weaning-Einheiten ist ein Atmungstherapeut vorzuhalten, der von sonstigen pflegerischen Tätigkeiten freizustellen ist. Die vorgesehene Vorhaltung von 2 Atmungstherapeuten entspricht den besonderen Anforderungen an ein Zentrum.</p>

2.3.1.1.4.4 Buchstabe d)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Um andere Weaningeinrichtungen in Behandlungsfragen beraten zu können, sollte ein Krankenhaus über deutlich mehr Erfahrung verfügen als das anfragende Krankenhaus, das gemäß den Zertifizierungsanforderungen der DGP jährlich bereits mindestens 40 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation behandelt. Lone und Welsh (2011) sind zu dem Ergebnis gekommen,</p>	<p>Die Behandlung von jährlich mindestens 40 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation entspricht der im Rahmen der Zertifizierung von Weaning-Einheiten durch die Fachgesellschaft geforderten Mindestfallzahlen. Da bislang keine weiteren validierten qualitätsbezogenen Mindestfallzahlen für das prolongierte Weaning vorliegen, ist auf die Qualitätsanforderungen der</p>

<p>dass für eine Behandlung von jährlich 70 langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten auf einer Weaning-Einheit die Vorhaltung von Intensivbetten unter Berücksichtigung der Mortalität und der Krankenhausressourcen die größte Kosteneffektivität zeigt [15]. Da sowohl die Zertifizierungskriterien der DGP als auch die daraus abgeleiteten Regelungen des G-BA sechs Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit vorsehen, ist die Behandlung von jährlich mindestens 100 Weaning-Patientinnen und Patienten eine angemessene Mindestfallzahl für Lungenzentren.</p>	<p>Fachgesellschaft zurückzugreifen. Die kompetente Beratung anderer Leistungserbringer in Bezug auf das Weaning beatmeter Patienten ist durch den Nachweis der durch die Fachgesellschaft geforderten Qualitätsanforderungen gewährleistet.</p>
---	--

2.3.1.1.4.5 Buchstabe f)

Beatmete Patientinnen und Patienten, die sich im Rahmen eines prolongierten Weanings befinden sowie Angehörige dieser Patientinnen und Patienten befinden sich in der Regel in einer für sie nicht fassbaren Situation, die mit existentiellen Ängsten belegt ist. Insbesondere der Weaning-Prozess erfordert die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Dabei kann nicht in jedem Fall mit der Wiederherstellung einer uneingeschränkten Spontanatmung gerechnet werden. Während der Weaning-Behandlung wie auch für die Zeit nach einer Entlassung in die Häuslichkeit stellen sich besondere Herausforderungen beispielsweise im Umgang mit der Beatmung/Atemunterstützung, Hygiene, Verhalten in Notfallsituationen, Atemwegs- und Sekretmanagement sowie in der Bewältigung der Gesamtsituation. Eine entsprechende individuelle Schulung ist in allen Phasen des Weaning-Prozesses durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Weaning-Einheit in Form von entsprechend verabredeten „Schulungsterminen“ sicherzustellen.

2.3.1.1.4.6 Buchstabe g)

Die Bewertung therapeutischer Maßnahmen im Rahmen der individuellen Gesamtsituation ist insbesondere bei beatmeten Patienten regelmäßig vorzunehmen. Die Erörterung der Fortführung bzw. der Anpassung therapeutischer Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit infauster Prognose stellt jeden Mitarbeiter der Weaning-Einheit vor große Herausforderungen. Die Beurteilung des Behandlungsverlaufes erfordert im Rahmen einer regelmäßigen oder fallbezogen einzuberufenden Teambesprechung auch vor diesem Hintergrund den Austausch aller an der Patientenbehandlung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

2.3.1.1.4.7 Buchstabe h)

DKG / GKV-SV	
Für die Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung der Weaning-Behandlung ist die Daten-Analyse der prolongiert geweanen Patienten von entscheidender Bedeutung. Die prospektive Datenerfassung der in der Weaning-Einheit versorgten Patienten ist verpflichtend durchzuführen, soweit das Einverständnis der Patienten vorliegt.	
DKG	GKV-SV
Die Anzahl der in das Register einzutragenden Patientinnen und Patienten entspricht der jährlich mindestens zu behandelnden Patientinnen und Patienten unter Buchstabe d).	Daher wird hier die Eintragung aller unter Buchstabe d geforderten Fälle festgelegt.

2.3.1.2 Absatz 2: Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Lungenzentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet.

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Lungenzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Lungenzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.

2.3.1.3 Absatz 3: Forschungstätigkeit

2.3.1.3.1 Nummer 1

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin tragen die Lungenzentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrische Studien mit Studienprotokoll handeln, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinatorin eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.	Lungenzentren tragen die Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrische Studien mit Studienprotokoll handeln, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinator eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.

2.3.1.3.2 Nummer 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
Mit dem WeanNet-Register der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) besteht bereits heute ein etabliertes Instrument zur Schaffung von Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung.	Das Register bündelt die Daten zu Lungenerkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für andere Leistungserbringer zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und

<p>Veröffentlichungen auf Grundlage der Daten des Registers werden unter anderen auch für die Weiterentwicklung der maßgeblichen Leitlinie herangezogen [24]. Eine Teilnahme an diesem oder einem anderen anerkannten Register wird daher vom G-BA für die Lungenzentren festgelegt.</p> <p>Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.</p>	<p>der Versorgungsforschung bereit. Ziel sollte ein zentrales, integriertes Register sein, welches sowohl genomische wie auch klinische und bildgebende Daten beinhaltet. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig</p>
---	--

2.3.1.3.3 Nummer 3

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Seltene Lungenerkrankungen umfassen ein breites Spektrum von Erkrankungen und betreffen schätzungsweise 1,5 bis 3 Millionen Menschen in Europa. Neben einigen bekannteren selteneren Lungenerkrankungen, beispielweise der idiopathischen Lungenfibrose, der Mukoviszidose und Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (Laurell-Eriksson-Syndrom), existiert eine Vielzahl von sehr selten auftretenden Erkrankungen, bei denen bereits die Diagnosestellung eine ausgewiesene Expertise verlangt [16]. Jedes Lungenzentrum sollte daher entweder als internes Typ-B-Zentrum in ein Typ-A-Zentrum für Seltene Erkrankungen gemäß Anlage 1 eingebunden sein oder als Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Typ-A-Zentrums für Seltene Erkrankungen gemäß Anlage 1 mitwirken.</p>	<p>Neben der Mukoviszidose und dem Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist eine Vielzahl weiterer Lungenerkrankungen den seltenen Erkrankungen zuzuordnen. Um den betroffenen Patienten eine frühzeitige und zielgerichtete Diagnosestellung und koordinierte Weiter-/Mitbehandlung ermöglichen zu können, ist das Lungenzentrum Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).</p>

2.3.1.4 Absatz 4: Mindestfallzahlen

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Krankenhäuser, die eine Beratungsfunktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen, müssen nachweisen, dass sie in der Behandlung dieser Erkrankungen über eine entsprechende Routine verfügen. Bei der Mindestfallzahl von 1.300 Fällen wird davon ausgegangen, dass das Krankenhaus pro Woche durchschnittlich mindestens 25 Patientinnen und Patienten mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose</p>	<p>Das Lungenzentrum verfügt über eine besondere Expertise in der Behandlung von Lungenerkrankungen bzw. Erkrankungen mit Manifestation in der Lunge unterschiedlicher Genese. Die ermittelte Fallzahl entspricht bezogen auf die zu berücksichtigenden Diagnosen den Kliniken, die bereits jetzt einen Schwerpunkt in der Versorgung der entsprechenden Erkrankungen haben und deren Expertise</p>

<p>stationär behandelt. Die hier festgelegten Mindestfallzahlen entsprechen nach Analysen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V sowie der Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen den Fallzahlen derjenigen Krankenhäuser, die innerhalb der Leistungserbringer der Spitzenmedizin z.B. im Rahmen des Projektes „Wean-Net“ bereits heute koordinierende und beratende Funktionen für Andere übernehmen. Die Höhe der geforderten Mindestfallzahlen ist zudem ein Indikator für das überörtliche Einzugsgebiet des Zentrums.</p>	<p>eine überregionale Bedeutung für die Patientenversorgung mit beratender und koordinierender Funktion für andere Krankenhäuser hat.</p>
---	---

2.3.1.5 Absatz 5: Spezialisierungen am Standort

<p>GKV-SV</p> <p>Neben der Entwöhnung von der Langzeitbeatmung können Lungenzentren andere Krankenhäuser mit ihrer Expertise bei der Versorgung seltener Erkrankungen wie Tuberkulose, Mukoviszidose und pulmonaler Hypertonie oder auch schwerer und komplexer Fälle von Volkskrankheiten wie Asthma, COPD oder Lungenentzündungen unterstützen. Da einerseits Synergien zwischen den einzelnen Spezialisierungen bestehen und andererseits die besondere Stellung der Zentren als aus der Gruppe der Krankenhäuser der Spitzenmedizin noch herausstechende Einrichtungen betont werden soll, werden mindestens zwei Spezialisierungen aus dem Bereich der oben genannten Erkrankungen vorausgesetzt. Im Folgenden wird auf die möglichen Spezialisierungen eines Lungenzentrums näher eingegangen.</p>

2.3.1.5.1 Nummer 1

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) stellt die häufigste chronische Erkrankung der Lunge und innerhalb Deutschlands eine der bedeutendsten Ursachen für verlorene Lebensjahre dar [19].</p>	<p>Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (einschließlich Lungenemphysem) zählt zu den häufigsten Erkrankungen weltweit. COPD ist zurzeit die vierthäufigste Todesursache weltweit, und die Vorhersagen der Global Burden of Disease Study gehen davon aus, dass die COPD im Jahr 2020 die dritthäufigste Todesursache sein wird. Schätzungen zufolge sind in Deutschland ca. 10 bis 12% der Erwachsenen über 40 Jahre von der Erkrankung betroffen. Während Zahlen aus dem Jahr 2010 noch von 6,8 Millionen COPD-Erkrankungen ausgingen, wird bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg auf 7,9 Millionen Betroffene in Deutschland gerechnet. Trotz intensiver Forschungstätigkeit gilt die COPD nach wie vor als unheilbare Erkrankung, die aufgrund ihres fortschreitenden Verlaufes bis hin zur Notwendigkeit der Atemunterstützung mit</p>

	erheblichem Leidensdruck für die Betroffenen einhergeht.
--	--

2.3.1.5.1.1 Buchstabe a)

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
(vgl. auch Begründung zu § 1 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b): Langzeitbeatmete Patienten leiden mehrheitlich an einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung. Folglich muss auch ein Zentrum über entsprechende Erfahrung in der Behandlung von Beatmungspatienten verfügen. Daher sollten diese Zentren zumindest über eine Zahl von Beatmungsbetten verfügen, die über ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung mit mindestens sechs Beatmungsbetten hinausgeht.	Die stationäre Versorgung von an COPD erkrankten Patienten erfordert insbesondere bei bestimmten Zuständen der Exazerbation der Erkrankung nicht selten eine Unterstützung der Atmung. Diese erfolgt bei COPD-Patienten vorzugsweise mittels einer High flow Therapie oder dem differenzierten Einsatz der nicht invasiven Beatmung. Mit 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung ist eine ausreichende Kapazität für diese Behandlungsform gewährleistet.

2.3.1.5.1.2 Buchstabe b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Die hier festgelegten Mindestfallzahlen entsprechen nach Analysen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V sowie der Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen den Fallzahlen derjenigen Krankenhäuser, die innerhalb der Leistungserbringer der Spitzenmedizin z.B. im Rahmen des Projektes „Wean-Net“ bereits heute koordinierende und beratende Funktionen für Andere übernehmen. Die Höhe der geforderten Mindestfallzahlen ist zudem ein Indikator für das überörtliche Einzugsgebiet des Zentrums.	Die Behandlung von jährlich mindesten 500 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47) als Hauptdiagnose entspricht den Fallzahlen die durch Kliniken mit nachgewiesen entsprechendem Schwerpunkt erbracht werden.

2.3.1.5.1.3 Buchstabe c)

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
Die Diagnose ist ein komplexes Verfahren und braucht jahrelange Erfahrung in dem Bereich. Neben den Pneumologen nehmen noch zahlreiche weitere Spezialisten an einer multidisziplinären Diskussion teil, um eine gesicherte Diagnose zu erreichen, im Speziellen Radiologen, Pathologen und Rheumatologen. Strukturierte und dokumentierte Fachkonferenzen zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Thoraxchirurgie sind ein etablierter Standard	Als häufig auftretende chronische und zumeist fortschreitende Erkrankungen erfordern die COPD- und Emphysemtherapie ein interdisziplinäres Vorgehen hinsichtlich ihrer Diagnostik und Therapie. Die Bewertung diagnostischer Parameter ist oft richtungweisend für mögliche therapeutische Optionen. Diese umfassen ein breites Spektrum von Maßnahmen, deren Einsatz patientenindividuell interdisziplinär zu beraten und abzuwägen ist. Die Möglichkeit

<p>in der stationären Versorgung komplexer Lungenerkrankungen. Diese Boards fördern die notwendige enge Zusammenarbeit zwischen den Fachgebieten und sind essentiell um aktuelle Leitlinien und Therapiestandards schnellstmöglich umzusetzen. Um die notwendige Routine sicherzustellen, muss das Board zweiwöchentlich tagen und dabei jährlich mindestens 50 Fällen beraten und entsprechende Therapieentscheidungen treffen. Die Fachkonferenz kann auch telemedizinisch durchgeführt werden.</p>	<p>der telemedizinischen Durchführung trägt der übergeordneten Funktion des Zentrums für Patienten anderer Krankenhäuser Rechnung und stellt eine Anpassung an den wirtschaftlichen Umgang mit den zumeist knappen personellen und zeitlichen Ressourcen dar.</p>
---	---

2.3.1.5.1.4 Buchstabe d)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Herz-Kreislauf-Erkrankungen tragen wesentlich zum erhöhten Sterberisiko von COPD-Patientinnen und Patienten bei. Eine pulmonale Hypertonie (pH) ist eine der häufigsten Komorbiditäten und da die Untersuchung mittels Rechtsherzkatheter den Goldstandard zum Nachweis einer pH darstellt, muss diese jederzeit möglich sein.</p>	<p>Eine Rechtsherzkatheter-Untersuchung wird nach den Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie bei PH (Pulmonale Hypertonie)-Verdachtsfällen bei Patienten mit Lungenerkrankungen nicht empfohlen, es sei denn, es sind therapeutische Konsequenzen zu erwarten (z. B. Lungentransplantation, Alternativdiagnosen wie PAH (pulmonal arterielle Hypertonie) oder CTEPH (chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie), möglicher Einschluss in eine klinische Studie. Als nicht-invasives diagnostisches Verfahren zur Beurteilung von PH-Verdachtsfällen bei Patienten mit Lungenerkrankungen wird die Echokardiographie empfohlen. Bei Patienten mit echokardiographischen Zeichen einer schweren PH und/oder einer schweren rechtsventrikulären Dysfunktion sollte eine Überweisung an ein Experten-Zentrum für pulmonale Hypertonie erfolgen. Die vor dem Hintergrund der o.g. Empfehlungen eingeschränkten Indikationen zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen (RKU) im Rahmen einer COPD-Einheit rechtfertigen nicht die Möglichkeit einer 24/7 Durchführung von RKU als Qualitätsanforderung an ein Lungenzentrum.</p>

2.3.1.5.2 Nummer 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die interstitiellen Lungenerkrankungen (Lungengerüsterkrankungen) umfassen ein</p>	<p>Als interstitielle Lungenerkrankungen (auch diffuse Lungenparenchymerkrankung)</p>

<p>breites Spektrum von mehr als 100 verschiedenen Erkrankungen, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass es zu einer krankhaften Entzündungsreaktion und/oder Vermehrung von Bindegewebsfasern im Bereich des Lungengerüsts kommt. Zu den bekannten Ursachen gehören: Nebenwirkungen von Medikamenten, eine rheumatische Erkrankung oder eine Bindegeweberkrankung.</p>	<p>werden verschiedene Krankheitsbilder bezeichnet, die zu einer Häufung von Entzündungszellen im Lungengewebe führen. Symptome der interstitiellen Lungenerkrankungen sind Kurzatmigkeit und Husten. In bildgebenden Untersuchungen stellt sich ein ähnliches Erscheinungsbild auf, auch wenn sie völlig unterschiedliche Ursachen haben. Durch anhaltende Entzündungen entstehen Vernarbungen (Fibrose), die gesundes Lungengewebe ersetzen. Aufgrund dieser Veränderungen wird die Erkrankung auch als Lungenfibrose bezeichnet. Der Vielzahl der Erkrankungen/Diagnosen werden unterschieden in interstitielle Lungenerkrankungen ohne bekannte Grunderkrankung (idiopathische interstitielle Pneumonien) und interstitielle Lungenerkrankungen mit bekannter Ursache. Neben Infektionen finden sich beispielsweise inhalative und nichtinhalative Noxen, kreislaufbedingte Lungenschäden, Systemerkrankungen, Gastrointestinale Erkrankungen, pulmonale Hämorrhagiesyndrome sowie angeborene Erkrankungen, die zu einer Fibrosierung der Lunge führen und die Expertise eines Lungenzentrums erfordern.</p>
---	--

2.3.1.5.2.1 Buchstabe a)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Die Diagnose ist ein komplexes Verfahren und braucht jahrelange Erfahrung in dem Bereich. Strukturierte und dokumentierte Fachkonferenzen zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie sind daher ein etablierter Standard in der stationären Versorgung komplexer Lungenerkrankungen. Bei darf können auch weitere Fachdisziplinen hinzugezogen werden, bei den interstitiellen Lungenerkrankungen wäre dies eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, da eine rheumatische Erkrankung hier ursächlich sein kann. Diese Boards fördern die notwendige enge Zusammenarbeit zwischen den Fachgebieten und sind essentiell um aktuelle Leitlinien und Therapiestandards schnellstmöglich umzusetzen. Um die notwendige Routine sicherzustellen, muss das Board zweiwöchentlich tagen und dabei</p>	<p>Das o.g. vielfältige Spektrum der interstitiellen Lungenerkrankungen erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit der entsprechenden Fachgebiete. Interdisziplinäre Fallkonferenzen dienen sowohl der Entwicklung und Abstimmung patientenindividueller therapeutischer Optionen wie auch der Beratung anderer Krankenhäuser unter Koordination des Lungenzentrums. Die Möglichkeit der telemedizinischen Durchführung trägt der übergeordneten Funktion des Zentrums für Patienten anderer Krankenhäuser Rechnung und stellt eine Anpassung an den wirtschaftlichen Umgang mit den zumeist knappen personellen und zeitlichen Ressourcen dar.</p>

jährlich mindestens 50 Fällen beraten und entsprechende Therapieentscheidungen treffen. Die Fachkonferenz kann auch telemedizinisch durchgeführt werden.	
--	--

2.3.1.5.2.2 Buchstabe b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Die Prävalenz interstitieller Lungenerkrankungen wird stark unterschätzt. Epidemiologische Untersuchungen legen nahe, dass die Prävalenz in Industrieländern bei bis zu 80 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner liegt [6]. Mehrfache Krankenhausaufenthalte sind bei diesen Patienten leider nicht selten. Fisher et al. (2019) konnten zeigen, dass die 30-Tage-Mortalität nach der Durchführung von Lungenbiopsien bei Patientinnen und Patienten mit interstitieller Lungenerkrankung umso niedriger war, je häufiger dieser Eingriff durchgeführt wurde. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit nicht geplanten Eingriffen profitierten von einer höheren jährlichen Fallzahl je Klinik [8]. Vor diesem Hintergrund und nach Analysen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V sowie der Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen ist eine Mindestfallzahl von 350 Fällen geeignet um eine entsprechende Erfahrung in der Behandlung dieser Erkrankungsgruppe nachzuweisen. Denn die festgelegte Mindestfallzahl entspricht der Fallzahl derjenigen Krankenhäuser, die innerhalb der Leistungserbringer der Spitzenmedizin z.B. im Rahmen des Projektes „Wean-Net“ oder der Europäischen Referenznetzwerke bereits heute koordinierende und beratende Funktionen für Andere übernehmen</p>	<p>Aufgrund unterschiedlicher statistischer Erhebungen und Definitionen der Krankheit sind die verfügbaren epidemiologischen Daten inhomogen. Die interstitiellen Lungenerkrankungen (interstitial lung diseases, ILDs) sind seltene Lungenerkrankungen, d.h. dass diese individuell weniger als 5 von 10 000 Personen betreffen. Die Ermittlung der Mindestfallzahl von mindestens 80 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J60.- bis J64.-, J66.-, J67.-, J68.4, J70.1 bis J70.4, J80.- bis J84.-, D86.0, D86.2) erfolgte anhand der in Qualitätsberichten veröffentlichten Leistungsdaten. Eine Mindestfallzahl von 80 Fällen wird hierbei von Krankenhäusern erreicht, die sich bereits jetzt durch einen Schwerpunkt in der Versorgung von Lungenerkrankungen auszeichnen. Aufgrund der beschriebenen Problematik sollte sich eine Festlegung der Mindestfallzahlen an der Versorgungsrealität orientieren</p>

2.3.1.5.2.3 Buchstabe c)

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die bronchoalveolären Lavage wird eingesetzt um Zellen aus den Sekreten und dem Schleim aus der Lunge zu extrahieren. Die Kryobiopsie erlaubt es größere Proben zu entnehmen um die Ursachen für interstitielle Lungenerkrankungen wie die Lungenfibrose oder die Sarkoidose besser abklären zu können.</p>	<p>Bronchioalveoläre Lavage und Kryobiopsie sind Verfahren in der Diagnostik interstitieller Lungenerkrankungen (interstitial lung diseases, ILDs). Die transbronchiale Lungen-Kryobiopsie ist ein innovatives Verfahren, um Proben aus dem Parenchym von Patienten mit diffusen</p>

	Lungenparenchymerkrankungen zu entnehmen.
--	---

2.3.1.5.2.4 Buchstabe d)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Herz-Kreislauf-Erkrankungen tragen wesentlich zum erhöhten Sterberisiko von Patientinnen und -Patienten mit interstiellen Lungenerkrankungen bei. Eine pulmonale Hypertonie (pH) ist eine der häufigsten Komorbiditäten und da die Untersuchung mittels Rechtsherzkatheter den Goldstandard zum Nachweis einer pH darstellt, muss diese jederzeit möglich sein	Eine Rechtsherzkatheter-Untersuchung wird nach den Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie bei PH (Pulmonale Hypertonie)-Verdachtsfällen bei Patienten mit Lungenerkrankungen nicht empfohlen, es sei denn, es sind therapeutische Konsequenzen zu erwarten (z. B. Lungentransplantation, Alternativdiagnosen wie PAH (pulmonal arterielle Hypertonie) oder CTEPH (chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie) , möglicher Einschluss in eine klinische Studie). Als nicht-invasives diagnostisches Verfahren zur Beurteilung von PH-Verdachtsfällen bei Patienten mit Lungenerkrankungen wird die Echokardiographie empfohlen. Bei Patienten mit echokardiographischen Zeichen einer schweren PH und/oder einer schweren rechtsventrikulären Dysfunktion sollte eine Überweisung an ein Experten-Zentrum für pulmonale Hypertonie erfolgen. Die vor dem Hintergrund der o.g. Empfehlungen eingeschränkten Indikationen zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen (RKU) im Rahmen einer COPD-Einheit rechtfertigen nicht die Möglichkeit einer 24/7 Durchführung von RKU als Qualitätsanforderung an ein Lungenzentrum.

2.3.1.5.3 Nummer 3

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG	Variante C: UPV
Die Tuberkulose (TB) ist eine meldepflichtige Infektionskrankheit, die durch Tuberkulosebakterien (Mycobakterien) hervorgerufen wird und bevorzugt die Lunge betrifft.	In Deutschland sind bisher keine vollständigen und verlässlichen Daten über die Ausbreitung von multiresistenten Tuberkulose-Stämmen verfügbar. Molekulare epidemiologische Studien sollen die Verbreitung der TB dokumentieren und möglichst frühzeitig neue, unter Umständen gefährliche TB-Stämme lokalisieren. Dabei kommen neueste	Lungenzentren mit dieser Spezialisierung verfügen über die Expertise in den Bereichen Antibiotikatherapie und -resistenzen sowie bei der Diagnose und Behandlung von seltenen Infektionskrankheiten der Lunge.

	<p>Techniken der DNA-Sequenzierung zur Analyse des bakteriellen Genoms zum Einsatz. Die Sequenzdaten werden mit den klassischen epidemiologischen Daten, die vom Robert-Koch-Institut erhoben werden, zusammengeführt bzw. in die Datenbank für übertragbare Krankheiten der Europäischen Staaten TESSy (The European Surveillance System) überführt. In einer DZIF-Studie werden epidemiologische Daten und die für die DNA-Sequenzierung notwendigen Sputum-Proben an drei Standorten gesammelt: in Hannover, Hamburg und Frankfurt.</p> <p>Die Tuberkulose ist in Deutschland eine seltene Erkrankung. 2018 wurden 5.429 Tuberkulosefälle an das RKI gemeldet. Dies entspricht einem leichtem Rückgang der Fallzahlen von 2017 (5.486 Fälle). 118 der gemeldeten Tuberkulosepatienten waren 2018 an einer multiresistenten Form erkrankt.</p>	
--	--	--

2.3.1.5.3.1 Buchstabe a)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG	UPV
<p>In Deutschland ist seit 2015 ein deutlicher Anstieg der gemeldeten Tuberkulosefälle zu verzeichnen. Zurückzuführen ist dieser vor allem auf die aktuell vermehrte Migration [24]. Im Jahr 2018 gab es in Deutschland etwas mehr als 5.000 Tuberkulose-Erkrankungen darunter 123 Todesfälle [22]. Durch die niedrige Inzidenz in den vorhergehenden Jahren konzentriert sich die</p>	<p>Die Festlegung der Mindestfallzahl von 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose A15.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert), A16.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, noch molekularbiologisch noch histologisch gesichert) oder</p>	<p><u>A15-A19 Tuberkulose, A31.0 Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien</u></p> <p>In Deutschland ist seit 2015 ein deutlicher Anstieg der gemeldeten Tuberkulosefälle zu verzeichnen. Zurückzuführen ist dieser vor allem auf die aktuell vermehrte Migration [11]. Im Jahr 2018 gab es in Deutschland etwas mehr als</p>

<p>Erfahrung im Umgang mit Tuberkulose auf wenige hochspezialisierte Krankenhäuser [24]. Vor diesem Hintergrund und nach Analysen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V sowie der Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen ist die Behandlung von mindestens 150 Fällen in einem Lungenzentrum mit der Spezialisierung Tuberkulose angemessen. Mit steigender Inzidenz der Tuberkulose in Deutschland sind Pneumologen wie auch andere Fachbereiche in Krankenhäusern außerhalb der Zentren wieder häufiger an der Behandlung einer Tuberkulose beteiligt, so dass das Fachwissen der Zentren zur Standardtherapie wie auch zu selteneren Therapiesituationen in Form von Beratungsleistungen benötigt wird [24].</p>	<p>A19.- (Miliartuberkulose), erfolgt unter Berücksichtigung der insgesamt niedrigen vorliegenden o.g. Fallzahlen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass an Tuberkulose erkrankte Patienten häufig aufgrund anderer Erkrankungen zur stationären Aufnahme gelangen und die Tuberkulose aufgrund ihrer häufig unspezifischen bis blanden Symptomatik erstmals während des stationären Aufenthaltes diagnostiziert wird. Eine Fallzählung ist aufgrund der Kodierregeln in diesen Fällen nicht möglich. Die ermittelte Mindestfallzahl von 50 Fällen pro Jahr wird nur von solchen Kliniken erreicht, die auf die Versorgung von Tuberkulose-Patienten spezialisiert sind und über ein überörtliches Einzugsgebiet verfügen und aufgrund ihrer Expertise andere Kliniken beratend und koordinierend unterstützen können.</p>	<p>5.000 Tuberkulose-Erkrankungen darunter 123 Todesfälle [10]. Durch die niedrige Inzidenz in den vorhergehenden Jahren konzentriert sich die Erfahrung im Umgang mit Tuberkulose auf wenige hochspezialisierte Krankenhäuser [11]. Mit steigender Inzidenz der Tuberkulose in Deutschland sind Pneumologinnen und Pneumologen wie auch andere Fachbereiche in Krankenhäusern außerhalb der spezialisierten Lungenzentren wieder häufiger an der Behandlung einer Tuberkulose beteiligt, so dass das Fachwissen der Zentren zur Standardtherapie wie auch zu selteneren Therapiesituationen in Form von Beratungsleistungen benötigt wird [6,11].</p> <p><u>A21.2 Pulmonale Tularämie</u></p> <p>Tularämie ist eine relativ seltene Zoonose. In Deutschland wurden in den letzten Jahren jährlich zwischen 20 und 30 Fälle dieser Erkrankung an das RKI übermittelt. Es ist anzunehmen, dass die tatsächliche Fallzahl wesentlich höher liegt. Eine Pneumonie kann nach Inhalation als primäre Manifestation auftreten, aber auch bei allen nicht-pulmonalen Formen der Tularämie als Komplikation in Folge der Streuung des Erregers in die Lunge [7]. Pneumologinnen und Pneumologen wie auch andere Fachbereiche in Krankenhäusern außerhalb der spezialisierten Lungenzentren können mit Fällen von Pulmonalen</p>
--	---	---

		<p>Tularämie konfrontiert werden, so dass das Fachwissen der Zentren in Form von Beratungsleistungen benötigt wird.</p> <p><u>A22.1 Lungenmilzbrand</u></p> <p>Milzbrand ist eine weltweit verbreitete Zoonose, die aber in den meisten Industrienationen sehr selten auftritt. Seit dem Jahr 2000 wurde in Europa über Fälle von Injektionsmilzbrand bei Drogensüchtigen berichtet, die sich an vermutlich mit Sporen kontaminiertem Heroin infiziert hatten. Auch in Deutschland wurden in den letzten Jahren wiederholt Fälle von Milzbrandinfektionen nach intravenösem Heroinkonsum beobachtet, die im Zusammenhang mit einem größeren Ausbruch in Großbritannien standen [1,4,9]. Pneumologinnen und Pneumologen wie auch andere Fachbereiche in Krankenhäusern außerhalb der spezialisierten Lungenzentren können mit Fällen von Lungenmilzbrand konfrontiert werden, so dass das Fachwissen der Zentren in Form von Beratungsleistungen benötigt wird.</p> <p><u>A48.1 Legionellose mit Pneumonie</u></p> <p>Erkrankungen durch Legionellen (Legionellose) kommen als Legionärskrankheit (mit Pneumonie) und als so</p>
--	--	---

		<p>genanntes Pontiac-Fieber vor. Deutschland liegt mit einer Meldeinzidenz von 1,7 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (2018) leicht unter dem aktuellen europäischen Durchschnitt von 1,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Da nicht alle Pneumonien auf eine Legionellen-Infektion getestet werden, ist von einer Untererfassung auszugehen. Aus Studieninformationen wird die tatsächliche Inzidenz nicht-Krankenhaus-assoziierte Fälle von Legionärskrankheit auf etwa 18 bis 36 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner geschätzt. Besonders betroffen sind Menschen mit einem geschwächten Immunsystem aufgrund einer Erkrankung oder Medikation sowie Menschen mit bestimmten Grunderkrankungen insbesondere chronischen Herz- oder Lungenerkrankungen [5]. Pneumologinnen und Pneumologen wie auch andere Fachbereiche in Krankenhäusern außerhalb der spezialisierten Lungenzentren können mit Fällen von durch Legionellen ausgelösten Pneumonien konfrontiert werden, so dass das Fachwissen der Zentren in Form von Beratungsleistungen benötigt wird.</p> <p><u>B25.0 Pneumonie durch Zytomegalieviren</u></p> <p>Das Zytomegalievirus (CMV) gehört zu den humanen Herpesviren (Humanes Herpesvirus 5). Bei immunkompetenten</p>
--	--	---

		<p>Personen verläuft eine CMV-Infektion in den meisten Fällen asymptomatisch oder mit unspezifischen Symptomen (wie grippeartigen respiratorischen Symptomen, Abgeschlagenheit, Fieber, Husten). Bei Neugeborenen oder Personen mit angeborenem oder erworbenem Immundefekt sowie unter immunsuppressiver Therapie kann die Infektion Komplikationen hervorrufen und zahlreiche Organsysteme schädigen, hierzu zählt insbesondere die Lunge mit der Gefahr der Entstehung einer Pneumonie [8].</p> <p>Pneumologinnen und Pneumologen wie auch andere Fachbereiche in Krankenhäusern außerhalb der spezialisierten Lungenzentren können mit Fällen von durch Zytomegalieviren ausgelösten Pneumonien konfrontiert werden, so dass das Fachwissen der Zentren in Form von Beratungsleistungen benötigt wird.</p> <p><u>B37.1 Kandidose der Lunge, B44.0, B44.1 Invasive/Sonstige Aspergillose der Lunge</u></p> <p>Sowohl die Anzahl als auch die Heterogenität der Risikopatientinnen und -patienten für invasive Pilzinfektionen hat zugenommen. Die Inzidenz invasiver Pilzinfektionen beträgt jährlich etwa 6 Fälle je 100 000 Einwohner. Invasive Pilzinfektionen werden schätzungsweise nur in 50 % der Fälle zu</p>
--	--	--

		<p>Lebzeiten der Patientinnen und Patienten diagnostiziert und zählen zu den am häufigsten übersehenen Todesursachen bei Intensivpatienten [13]. Besonders gefährdet sind dabei hospitalisierte Patientinnen und Patienten mit schwerer Influenza oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung [2,12]. Pneumologinnen und Pneumologen wie auch andere Fachbereiche in Krankenhäusern außerhalb der spezialisierten Lungenzentren können mit Fällen von durch Pilzinfektionen ausgelösten Pneumonien konfrontiert werden, so dass das Fachwissen der Zentren in Form von Beratungsleistungen benötigt wird.</p> <p><u>J12.- Viruspneumonie, J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae, J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae</u></p> <p>In Deutschland werden jährlich mehr als eine Viertelmillion Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie (Community Acquired Pneumonia, CAP) stationär behandelt. Bei knapp 13 % dieser stationären Fälle, versterben die behandelten Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts [14]. Unter den Erregern bei stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten sind Pneumokokken mit rund 25 bis 45 % der CAP führend, diese Infektionen treten vorwiegend im Erwachsenenalter auf.</p>
--	--	---

		<p>Pneumokokkenpneumonien zeigen klinisch oftmals einen schweren Verlauf und finden sich häufig als Erreger einer bakteriellen Superinfektion bei Influenza. Das Bakterium <i>Haemophilus influenzae</i> ist bei Kleinkindern in stationärer Behandlung der häufigste Erreger und stellt die zweithäufigste Ursache für eine CAP (5 bis 20 %) dar. In 5 bis 25 % der Fälle werden auch Viren nachgewiesen [3]. Pneumologinnen und Pneumologen wie auch andere Fachbereiche in Krankenhäusern außerhalb der spezialisierten Lungenzentren werden regelmäßig mit Fällen von schweren Pneumonien konfrontiert. Vor allem bei den hier beschriebenen selteneren Therapiesituationen muss auf das Fachwissen der Zentren in Form von Beratungsleistungen zurückgegriffen werden können.</p> <p>Die ermittelte Mindestfallzahl von 200 Fällen pro Jahr wird nur von solchen Krankenhäusern erreicht, die auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit den aufgeführten Erkrankungen spezialisiert sind und über ein überörtliches Einzugsgebiet verfügen und aufgrund ihrer Expertise andere Kliniken beratend und koordinierend unterstützen können.</p>
--	--	--

2.3.1.5.3.2 Buchstabe b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Die schnelle Spezies- und Resistenzbestimmung ist erforderlich, um beim Vorliegen eines Stammes mit einer (Multi-) Resistenz eine spezifische Therapie einzuleiten. Dabei ist sowohl die Austestung aller zur Verfügung stehenden Medikamente als auch die Berücksichtigung des individuellen Resistenzmusters entscheidend, um die Entwicklung weiterer Resistenzen zu vermeiden [22].</p>	<p>In Deutschland wurden im Jahr 2015 insgesamt 125 Fälle multiresistenter TB (MDR-TB) verzeichnet. Die schnelle und zuverlässige Diagnostik und Empfindlichkeitstestung ist für den Behandlungserfolg dieser und anderer Patienten sowie für eine effektive TB-Kontrolle unabdingbar. Neben den mikroskopischen und kulturellen Verfahren kommen dabei insbesondere zur Ermittlung von Antibiotikaresistenzen molekulare und phänotypische Verfahren zum Einsatz. Dabei gilt die phänotypische Resistenzbestimmung als Standardverfahren zur Überprüfung der Antibiotika-Empfindlichkeit von Tuberkulosebakterien. Entscheidend für den Einsatz der phänotypischen Resistenzbestimmung ist die Festlegung der Testkonzentration (kritische Konzentration) für die es für einige neue, in der TB-Therapie eingesetzte Antibiotika keine klinischen Studien gibt. Vor allem die Ergebnisse für Isoniazid und Rifampizin, Ethambutol (bei sonst sensiblen Stämmen), Fluorchinolonen, injizierbaren Antibiotika und Linezolid sind im Flüssigkulturverfahren sehr gut bis gut reproduzierbar und verlässlich. Die Analysezeit beträgt für die phänotypische Resistenzbestimmung schon aufgrund der Generationszeit der Bakterien unter Anwendung von Flüssigkulturverfahren etwa 7-10 Tage. Testungen auf Festnährböden erfordern deutlich längere Analysezeiten. Die Anwendung bestimmter molekularbiologischer Verfahren erlaubt neben dem Nachweis von Tuberkulosebakterien zeitgleich die Detektion von Mutationen im Genom der Bakterien, die mit Antibiotikaresistenzen korrelieren. Patienten, die mit resistenten Stämmen infiziert sind, können auf diesem Wege frühzeitig erkannt werden. Für die Isoniazid.- und Rifampizin-Testung liegt bei der Durchführung molekularer Verfahren eine hohe Sensitivität und Spezifität vor, bei der Testung von Zweitrangmedikamenten ist diese leicht eingeschränkt. Die Zeit bis zum Vorliegen des Ergebnisses ist im Vergleich zur phänotypischen Testung deutlich (um ca. 7 Tage) verkürzt und wird insbesondere bei Verdacht auf das Vorliegen eines resistenten</p>

	<p>Stammes parallel zur phänotypischen Testung empfohlen. Das Vorliegen der Ergebnisse von Spezies- und Resistenzbestimmung ist abhängig von sehr unterschiedlichen Faktoren. Neben biologischen Gegebenheiten (z.B. Generationszeit der Bakterien) gibt es verfahrenstechnische Besonderheiten (z.B. Analyse aus Kultur oder direkt, Flüssigkultur oder Festnährböden), die die Analysezeit bedingen. Positive Ergebnisse aus Flüssigkultur sind in 7-14 Tagen, aus Festkultur in 21-28 Tagen und mittels molekularer Verfahren im Direktnachweis innerhalb von 2 bis 8 Stunden verfügbar. Ergebnisse zur Spezies- und Resistenzbestimmung liegen unter Berücksichtigung möglicherweise entstehender Transportzeiten dem Zentrum auf der Grundlage der o.g. Angaben zu Analysezeiten unverzüglich vor. Kooperationspartner des Zentrums können nur solche Labore sein, die über eine entsprechende methodische und inhaltliche Qualifikation und Erfahrung zur Durchführung der o.g. Leistungen und zur Interpretation der ermittelten Testergebnisse verfügen. (Quellen: Schaberg, Tom et al, S2k-Leitlinie:Tuberkulose im Erwachsenenalter, Pneumologie 2017; 71; AWMF S2k-Leitlinie zur Diagnostik, Prävention und Therapie der Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter 325-397, RKI; Epidemiologisches Bulletin Nr. 11/12)</p>
--	--

2.3.1.5.3.3 Buchstabe c)

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Angeht des aerogenen Übertragungsweges der Tuberkulose stehen die räumliche Isolierung des oder der an offener Lungentuberkulose erkrankten Patienten oder Patientin, Patientenmitarbeit und -verhalten (Hustenhigiene), eine gezielte Luftführung (nach außen) im Isolierungsraum sowie ein geeigneter Atemschutz für die Kontaktpersonen als risikominimierende Maßnahmen im Vordergrund [22]. Ein beratendes Zentrum muss über Erfahrung mit der Isolation von hochinfektiösen Patienten verfügen.</p>	<p>Bei dem aerogenen Übertragungsweg der Tuberkulose stehen die räumliche Isolierung des an offener Lungentuberkulose erkrankten Patienten, Patientenmitarbeit und -verhalten (Hustenhigiene), eine gezielte Luftführung (nach außen) im Isolierungsraum sowie der geeignete Atemschutz für die Kontaktpersonen als risikominimierende Maßnahmen im Vordergrund (RKI-Ratgeber Tuberkulose).Die entsprechenden räumlichen Gegebenheiten sind in einem auf die Versorgung von Tuberkulose-Patienten spezialisierten Lungenzentrum vorzuhalten.</p>

--	--

2.3.1.5.3.4 Buchstabe d)

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
Die intensivmedizinische Behandlung von Tuberkulosepatienten stellt aufgrund der Infektionsgefahr durch Aerosolbildung eine besondere Herausforderung dar. Zentren müssen daher über eine ausgewiesene Kompetenz in der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten verfügen.	Aufgrund der Infektionsgefahr durch Aerosole stellt die intensivmedizinische Behandlung von Tuberkulose Patientinnen und Patienten eine besondere Herausforderung dar. Intensivmedizinische Kompetenz muss diesen besonderen Anforderungen entsprechen.

2.3.1.5.3.5 Buchstabe e)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG	UPV
Kleinkinder und immungeschwächte Personen (vor allem HIV-Infizierte) haben ein deutlich erhöhtes Risiko, zeitnah zur Infektion mit M. tuberculosis eine aktive Tuberkulose zu entwickeln (20 – 40%) [22]. Zur Beratung dieser Fälle ist ein entsprechend qualifizierter Facharzt oder eine entsprechend qualifizierte Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin jederzeit innerhalb von 30 Minuten im Zentrum verfügbar zu halten.	Im Jahr 2018 erkrankten in Deutschland bei insgesamt rückläufiger Tendenz 215 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren an einer Tuberkulose. Werden in dem Zentrum im Rahmen der besonderen Expertise für die Versorgung von Tuberkulose-Patienten sowie seines überörtlichen Einzugsbereiches regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren behandelt, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB für die Behandlung dieser Patienten zur Verfügung. Dies kann auch über eine Kooperation erfolgen.	Kleinkinder und immungeschwächte Personen (vor allem HIV-Infizierte) haben ein deutlich erhöhtes Risiko, zeitnah zur Infektion mit M. tuberculosis eine aktive Tuberkulose zu entwickeln (20 – 40%) [10] und sind zudem Risikogruppen für die weiteren unter Buchstabe a) gefassten Lungenerkrankungen. Zur Beratung dieser Fälle ist ein entsprechend qualifizierter Facharzt oder eine entsprechend qualifizierte Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin jederzeit innerhalb von 30 Minuten im Zentrum verfügbar zu halten.

2.3.1.5.3.6 Buchstabe f)

Variante A: KBV / PatV	Variante B: UPV / GKV-SV
Aufgrund des zunehmenden Auftretens von multiresistenten Mykobakterien müssen Lungenzentren über ein Antibiotic Stewardship Team (ABS-Team) verfügen [1]. In der deutsch-österreichischen S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaawendungen im Krankenhaus“	Die Verbreitung von Resistenzen und die weiterhin limitierte Neuentwicklung von Antibiotika sowie die zunehmend häufiger auftretenden Lieferengpässe wichtiger Antibiotika machen mehr denn je eine umsichtige, kontrollierte und angemessene Antiinfektiva-Anwendung in allen Bereichen

<p>[5] werden die wesentlichen Eckpunkte von ABS bzw. ABS-Programmen definiert und ausführlich beschrieben.</p>	<p>der Medizin notwendig. Die Verankerung von Antibiotic Stewardship Teams (ABS-Teams) in den Lungenzentren speziell in der Behandlungseinheit Tuberkulose, begründet sich aus der Tatsache, dass hier gehäuft sowohl immunsuppressive Behandlungsmethoden als auch Antibiotika zur Anwendung kommen. Im Sinne der besonderen Aufgabenwahrnehmung durch Zentren sollen die ABS-Teams der Lungenzentren auch ABS-Teams anderer Krankenhäuser beraten und entsprechende Fortbildungsangebote bereitstellen.</p> <p>In der deutsch-österreichischen S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaawendungen im Krankenhaus“ [5] werden die wesentlichen Eckpunkte von ABS-Teams bzw. ABS-Programmen definiert und ausführlich beschrieben. Entsprechend dieser Vorgaben muss das Team bestehen aus</p> <p>i. einer Fachärztin oder einem Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit Verantwortung für die Krankenhaushygiene</p> <p>Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker sind für die Prävention, Surveillance und Bekämpfung nosokomialer Infektionen und der Ausbreitung ihrer Erreger zuständig. Zu ihren Aufgaben gehören auch die Prävention und Kontrolle der Verbreitung von Infektionserregern im belebten und unbelebten Umfeld (mittels Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, Schutzmaßnahmen etc.), die Beratung der Krankenhausleitung und die Kommunikation von Hygienemaßnahmen an das medizinische Personal sowie die Koordination des Managements von Ausbrüchen.</p> <p>ii. einer Fachärztin oder einem Facharzt entweder mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS</p> <p>Klinisch tätige Fachärzte mit infektionsmedizinischer Qualifikation besitzen besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der klinischen Diagnostik und Therapie komplexer Infektionen, in der speziellen Antiinfektivatherapie – gerade auch bei mehrfach resistenten Erregern – sowie der individuellen Prophylaxe, Verlaufsbeurteilung und Nachsorge, im</p>
---	--

	<p>Management von Infektionen bei Immundefekten, Fremdkörperinfektionen, importierten Infektionen, der Sepsis und des septischen Schocks.</p> <p>iii. Apothekerin oder Apotheker mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS</p> <p>Fachapothekerinnen und Fachapotheker verfügen über besondere pharmakotherapeutische Kenntnisse und beraten die verordnenden Ärztinnen und Ärzte zur klinischen Relevanz unerwünschter Arzneimittelwirkungen, zu Interaktionen, zur Dosisoptimierung und -individualisierung. Sie sind für die Gestaltung, Umsetzung und Einhaltung der Antiinfektivahausliste mitverantwortlich.</p> <p>iv. Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</p> <p>Mikrobiologinnen und -biologen sind für die mikrobiologische Diagnostik zuständig und beraten Krankenhäuser in der sachgerechten Labordiagnostik von Infektionserregern und bei der Antiinfektivatherapie. Ihre Expertise wird benötigt für die Erstellung von hausinternen Empfehlungen zur mikrobiologischen Präanalytik und Labordiagnostik sowie für die Gestaltung und Übermittlung mikrobiologischer Befunde nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards.</p> <p>Die Aufgaben und Funktionen des ABS-Teams umfassen insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planung und Implementierung eines krankenhausesweiten ABS-Programms • Organisation und regelmäßige Durchführung protokollierter interner ABS-Teamtreffen • Unterstützung der Integration von ABS in das Qualitätsmanagement des Krankenhauses; Festlegung von ABS-Qualitätsindikatoren und ggf. Zielbereichen • Mitgestaltung der krankenhausspezifischen Surveillance (interne und externe Qualitätssicherung) unter Berücksichtigung des hausinternen ABS-Programms und Bewertung
--	---

	<p>sowie Kommunikation der Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planung und Durchführung von Antibiotika-Verordnungsanalysen • Beteiligung bei der Erstellung und Implementierung hausinterner Empfehlungen und Behandlungspfade zur Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der wichtigsten Infektionskrankheiten, basierend auf anerkannten internationalen oder nationalen Leitlinien unter Berücksichtigung der lokalen Epidemiologie und Gegebenheiten • Erstellung und Implementierung einer Antiinfektiva-hausliste • Regelmäßig und bei Bedarf Durchführung von Antiinfektivavisiten mit den behandelnden Ärzten auf Patientenebene
--	--

2.3.1.5.3.7 Buchstabe g)

GKV-SV / KBV / PatV
<p>Der Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und Tuberkulose ist gut belegt. Gleiches gilt für den Zusammenhang zwischen HIV und Tuberkulose. Tuberkulose ist weltweit die führende Todesursache bei HIV-Infizierten [23]. Das Risiko, eine Tuberkulose zu entwickeln, ist bei HIV-infizierten gegenüber HIV-negativen Personen, die in demselben Land leben, bis zu 30-fach erhöht [24]. Die Behandlung von suchtkranken und/oder HIV-infizierten Tuberkulosepatienten stellt eine besondere Herausforderung an das Krankenhaus dar. Vor diesem Hintergrund müssen die Zentren über eine entsprechende Erfahrung verfügen.</p>

2.3.1.5.3.8 Buchstabe h)

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Das Lungenzentrum arbeitet mit dem Nationalen Referenzzentrum für Mykobakterien zusammen, dessen Kernaufgabe die Koordination von Maßnahmen im Kampf gegen und in der Überwachung von Tuberkulose ist. Die niedrige Inzidenz der Tuberkulose in Deutschland macht eine Bündelung am Nationalen Referenzzentrum für Mykobakterien zwingend erforderlich. Dieses untersucht jährlich ca. 12.000 Proben zum Nachweis und zur Identifizierung von</p>	<p>Nationale Referenzzentren (NRZ) werden zur Überwachung wichtiger Infektionserreger berufen. Die Aktivitäten des Referenzzentrums umfassen u.a. die Bereiche Diagnostik, Epidemiologie, Entwicklung, Training, Beratungsservice, internationales Consulting und Leitung des INSTAND-Ringversuchs ‚Tuberkulose‘. Das Zentrum arbeitet mit dem Referenzzentrum für Mykobakterien zusammen.</p>

Mykobakterien sowie zur Empfindlichkeitsprüfung [9].	
--	--

2.3.1.5.4 Nummer 4

DKG
Mukoviszidose ist eine derzeit nicht heilbare autosomal-rezessiv vererbte Stoffwechselerkrankung, die zu den seltenen Erkrankungen gehört. Aufgrund einer durch Mutation veränderten Fehlfunktion der Chloridkanäle kommt es zu einer veränderten Zusammensetzung des Schleims exokriner Drüsen. Zähflüssiger Schleim führt an den betroffenen Organen zu unterschiedlichen Funktionsstörungen. Durch die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden konnte die mittlere Lebenserwartung der betroffenen Patienten auf etwa 40 Jahre gesteigert werden.

2.3.1.5.4.1 Buchstabe a)

GKV-SV / KBV / PatV
Am Standort eines Lungenzentrums mit dieser Spezialisierung muss eine Fachabteilung für Gastroenterologie verfügbar sein. Der Diagnostik der Mukoviszidose kommt eine besondere Bedeutung zu, um zu einem frühen Zeitpunkt eine frühe, prognoseverbessernde Therapie einzuleiten. Zu diesen diagnostischen Maßnahmen gehören beispielsweise die Magen-Darmspiegelung und die Leberpunktion mit Entnahme von Biopaten. Daher ist es unerlässlich, dass für diese Eingriffe qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte jederzeit nicht nur zur Versorgung, sondern auch für die Beratung anderer Leistungserbringer bei schwierigen Problemkonstellationen zur Verfügung stehen.

2.3.1.5.4.2 Buchstabe b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
60 Prozent der Mukoviszidosepatientinnen und -patienten in Deutschland sind heute über 18 Jahre alt. Das bedeutet, dass fast 5.000 erwachsene Patienten mit Mukoviszidose in Deutschland leben. Um eine ausreichende Kompetenz in der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten nachzuweisen, ist es erforderlich, dass durchschnittlich mindestens ein Patient oder eine Patientin pro Woche in dem Zentrum behandelt wird.	Die Ermittlung der Mindestfallzahl von jährlich 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose Mukoviszidose (E84.0 Cystische Fibrose mit Lungenbeteiligung, E84.8- Zystische Fibrose, E84.9 Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet) erfolgte unter Berücksichtigung der insgesamt niedrigen vorliegenden Fallzahl und ist nur von Kliniken zu erreichen, die über besondere Erfahrung in der Behandlung von erwachsenen Mukoviszidose-Patienten verfügen.

2.3.1.5.4.3 Buchstabe c)

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, der die Überleitung von Menschen mit speziellem	Insofern Kinder im Zentrum behandelt werden ist ein Transitionskonzept vorzulegen, um einen koordinierten

<p>medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin regelt. Die zielgerichtete und strukturierte Überleitung der Patientinnen und Patienten an den weiterbehandelnden Arzt bzw. die weiterbehandelnde Ärztin erfordert ein entsprechendes Konzept, dass beispielsweise die Ausgestaltung des Abschlussberichts (Diagnosen, Befunde, Medikationsplan, besondere Hinweise u.a.) regelt oder auch Prozessvorgaben für die ggf. notwendigen weiteren konsiliarischen Beratungen oder Abstimmungen macht. Da die komplexe Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose bereits im Kindesalter beginnt, muss ein entsprechendes Konzept vorhanden sein.</p>	<p>Übergang dieser Patientinnen und Patienten in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen.</p>
--	---

2.3.1.5.5 Nummer 5

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die Ursachen für eine pulmonale Hypertonie (pH) sind meist vaskuläre Veränderungen der Lunge, die eigenständig oder in Assoziation mit anderen Erkrankungen auftreten können. Am häufigsten tritt die pH in Assoziation mit Linksherz- (ca. 50%) oder Lungenerkrankungen (ca. 30-45%) auf. Vor allem die Patientinnen und Patienten mit Lungenerkrankungen haben eine schlechte Prognose mit häufigeren Hospitalisationen. Die Betroffenen leiden meist an einer COPD, Lungenfibrose oder CPFE („combined pulmonary fibrosis and emphysema“) [12].</p>	<p>Die pulmonale Hypertonie ist der Oberbegriff für eine Vielzahl von Erkrankungen, die mit einem erhöhten Druck im Lungenkreislauf einhergehen. Nach ihrer Ätiologie wird die pulmonale Hypertonie in 5 Hauptgruppen eingeteilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pulmonalarterielle Hypertonie (PAH) 2. Pulmonale Hypertonie bei Erkrankungen des linken Herzens 3. Pulmonale Hypertonie bei Lungenerkrankungen und/oder Hypoxie 4. Pulmonale Hypertonie aufgrund chronischer Thrombembolien (CTEPH) 5. Pulmonale Hypertonie mit unklaren multifaktoriellen Mechanismen <p>Unter Einbeziehung aller Varianten der pulmonalen Hypertonie (PH) ist Schätzungen zufolge etwa ein Prozent aller Menschen weltweit von Lungenhochdruck betroffen. Die zahlenmäßig größte Gruppe bilden vermutlich die Betroffenen, die an einer strukturellen oder funktionellen Erkrankung des linken Herzens leiden.</p>

2.3.1.5.5.1 Buchstabe a)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Die Prävalenz beträgt 26 Erkrankte pro 1 Mio. Erwachsener. Bei diesen Patienten kommt es zu häufigen Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres. Die Therapieoptionen für Patientinnen und Patienten mit pulmonal arterieller Hypertonie und chronisch thromboembolischer pulmonaler Hypertonie haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Dadurch ist die Behandlung dieser Erkrankungen erfolgreicher, aber auch komplexer geworden [11]. Hoepner et al. (2010) kommen auf Basis einer Analyse der europäischen Leitlinien zu dem Ergebnis, dass Zentren für pulmonale Hypertonie jährlich mehr als 50 Patientinnen und Patienten kontinuierlich behandeln müssen sowie monatlich mindestens zwei neue Patientinnen und Patienten in ihr Behandlungsprogramm aufnehmen müssen, um über ausreichend Expertise zu verfügen [10]. Da diese Patientinnen und Patienten häufig mehrfach pro Jahr stationär behandelt werden müssen, ist die hier festgelegte Mindestfallzahl von 150 pro Jahr sachgerecht, um eine besondere Expertise der in diesen Regelungen definierten Zentren zu beschreiben.</p>	<p>Die Ermittlung der Mindestfallzahl von 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose pulmonale Hypertonie (I27.- Sonstige pulmonale Herzkrankheiten) wurde auf der Grundlage der von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie– Herz- und Kreislaufforschung (DGK) e.V. übernommene Stellungnahme der European Society of Cardiology (ESC) und der European Respiratory Society (ERS), die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergibt (und als ESC Pocket-Guidelines „Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie“ 2015 veröffentlicht wurde) ermittelt. Die in der Guideline empfohlene Behandlung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie in PH-Experten-Zentren definiert im Hinblick auf die Fallzahlen als Qualitätsanforderungen an diese Zentren die Nachbeobachtung von mindestens 50 Patienten mit PAH oder CTEPH (chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie) und mindestens zwei neue Zuweisungen pro Monat mit dokumentierter PAH oder CTEPH. Die ermittelte Mindestfallzahl von 50 stationären Fällen entspricht somit den Anforderungen an ein PH-Experten-Zentrum innerhalb eines Lungenzentrums.</p>

2.3.1.5.5.2 Buchstabe b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Am Standort des Lungenzentrums mit dieser Spezialisierung muss eine Fachabteilung für Kardiologie verfügbar sein. Das diagnostische Vorgehen bei Patientinnen und Patienten mit vermuteter pulmonaler Hypertonie erfordert umfassende Untersuchungen, um die Diagnose zu bestätigen und den Schweregrad einzuschätzen. Hierzu gehören auch kardiologische Untersuchungen, wie z.B. EKG und transthorakale Echokardiographie [9]. Zudem ist eine kontinuierliche kardiologische Betreuung angezeigt, weil die pulmonale Hypertonie vorwiegend das Herz schädigt.</p>	<p>Die Vorhaltung einer Fachabteilung für Innere Medizin oder einer Fachabteilung Kardiologie am Standort tragen dem interdisziplinären Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie Rechnung.</p>

2.3.1.5.5.3 Buchstabe c)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Die pulmonale Hypertonie hat bei Kindern eine Prävalenz von 15 auf eine Mio. Kinder. Die pulmonale Hypertonie kann nicht nur im Erwachsenenalter, sondern auch im Kindesalter auftreten. Bei Kindern kommen meist folgende Formen vor [2,9]: pulmonal arterielle Hypertonie, assoziiert mit angeborenen Herzfehlern, idiopathische oder familiäre pulmonal arterielle Hypertonie und persistierende pulmonale Hypertonie des Neugeborenen. Die Behandlung der pulmonalen Hypertonie bei Kindern sollte von erfahrenen Experten durchgeführt werden. Um eine qualifizierte Beratung anderer Krankenhäuser durchführen und ggf. Patientinnen und Patienten zu übernehmen zu können, muss ein Lungenzentrum mit der Spezialisierung pulmonale Hypertonie auch über eine kinderspezifische Fachkompetenz verfügen.</p>	<p>Die stationäre Versorgung von Kindern mit pulmonaler Hypertonie ist aufgrund der geringen Fallzahl sehr selten. Werden im Rahmen des überörtlichen Einzugsgebietes und der besonderen Expertise des Zentrums regelhaft Patienten unter 15 Jahren mit PH behandelt, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH zur Verfügung. Dies kann auch im Rahmen einer Kooperation erfolgen.</p>

2.3.1.5.5.4 Buchstabe d)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Die pulmonale Hypertonie ist eine kombinierte Herz- und Lungenerkrankung. Daher muss das Zentrum auch über eine diesbezügliche Kompetenz in der Diagnostik verfügen [9].</p>	<p>Die Möglichkeit zur Durchführung von Links- und Rechtsherzkatheter-Untersuchungen ist auf einer auf die Behandlung von PH spezialisierten Einheit vorzuhalten.</p>

2.3.1.5.6 Nummer 6

DKG
<p>Lungenkrebs nimmt im aktuellen Versorgungsgeschehen in den Lungenzentren einen hohen Stellenwert ein. In einem Lungenzentrum nimmt die Behandlung von malignen Tumoren einen Anteil von ca. 50 Prozent ein. Durch die Einhaltung der Mindestfallzahlen ist sichergestellt, dass das Lungenzentrum im Bereich Lungenkrebs eine hohe Expertise vorweist und auch andere Lungenzentren entsprechend beraten und im Behandlungsprozess unterstützen kann. Darüber hinaus ist sichergestellt, dass das Lungenzentrum Kooperationspartner eines onkologischen Zentrums ist und somit auch Expertise bezüglich weiterer Tumorentitäten vorweisen kann. Die hohen Standards an das onkologische Zentrum müssen vom Kooperationspartner eingehalten werden. Da historisch bedingt, die Lungenzentren eine gesonderte räumliche Stellung haben und u.a. nicht am Standort des Onkologischen Zentrums anzusiedeln sind, sondern am Lungenzentrum, wird es als unerlässlich angesehen, die Lungenkrebseinheiten in den Lungenzentren zu verorten. Damit wird sichergestellt, dass Lungenkrebseinheiten nicht ausschließlich bei den onkologischen Zentren, sondern auch bei den Lungenzentren zu verorten sind – wie es bislang in der Versorgungsrealität gelebt wird.</p>

2.3.1.5.7 Nummer 7

DKG
<p>In einer Behandlungseinheit für Schlafmedizin werden neben einer Vielzahl von Erkrankungen, wie z. B. das krankhafte Schnarchen, Ein- und Durchschlafstörung, Epilepsien und Schlafverhaltensstörungen, hauptsächlich schlafbezogene Atmungsstörungen (Schlafapnoe) diagnostiziert und behandelt. Ergibt ein sogenanntes Schlaf-Screening den Verdacht einer schlafbezogenen Atmungsstörung, so werden in ein bis zwei Nächten im Schlaflabor Parameter wie Atmung, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz und Hirnströme zur Beurteilung der Schlafqualität gemessen. Anschließend wird aus den Ergebnissen dieser Messungen eine entsprechende Therapie abgeleitet. Die stationäre Aufnahme zur Diagnostik bleibt besonderen Indikationsstellungen vorbehalten. Dazu gehören neben erwachsenen Patienten mit akuten Begleiterkrankungen, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes interdisziplinären (Neurologie, Psychiatrie) behandelt werden, Risikopatienten wie auch Kinder, für die ein ambulantes Setting nicht in Frage kommt. Neben Tagesmüdigkeit, Schulleistungs- oder Konzentrationsstörungen stehen bei diesen Patienten Erkrankungen wie Trisomie 21, ADHS, Prader-Willi-Syndrom, Muskeldystrophien, zentrale Atemregulationsstörungen und Verdacht auf nächtliche Krampfanfälle im Vordergrund.</p> <p>Das Kompetenzzentrum für Schlafmedizin als Bestandteil des Lungenzentrums verfügt über die Expertise zur interdisziplinären Versorgung auch vulnerabler Patientengruppen anderer Krankenhäuser und ist in der Lage die schlafmedizinische Diagnostik und die sich daraus ergebenden therapeutischen Maßnahmen zu koordinieren.</p>

2.3.2 § 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV	DKG
<p>Hier werden die besonderen Aufgaben von Lungenzentren festgelegt. Ein Lungenzentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen. Es wurden die bereits für etablierte Zentren definierten besonderen Aufgaben übernommen und lediglich eine zusätzliche Aufgabe (Nummer 8) ergänzt. Daher werden im Folgenden nur die neu festgelegte Aufgabe sowie Klarstellungen zu den bereits definierten Aufgaben begründet.</p>	<p>Hier werden die besonderen Aufgaben von Lungenzentren festgelegt. Ein Lungenzentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen. Es wurden die bereits für etablierte Zentren definierten besonderen Aufgaben übernommen. Eine zusätzliche Aufgabe (Nummer 8) wurde ergänzt und eine Aufgabe (Nummer 5) wurde um die Buchstaben h) und i) erweitert. Daher werden im Folgenden nur die neu festgelegten Aufgaben sowie Klarstellungen zu den bereits definierten Aufgaben begründet.</p>

2.3.2.1 Nummer 2

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein Register im Bereich der Pneumologie bündelt die Daten zu</p>	<p>Ein Register bündelt die Daten an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Anerkannte Standards, die den institutions-</p>

<p>Lungenerkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.</p> <p>Bei den hier und in den übrigen fachbezogenen Anlagen geforderten anerkannten Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, handelt es sich um Standards in Bezug auf den Datenschutz und die Interoperabilität.</p>	<p>übergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Darüber hinaus müssen hier und in den übrigen fachbezogenen Anlagen Datenschutz und Interoperabilität berücksichtigt werden. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.</p>
---	---

2.3.2.2 Nummer 5

<p>DKG</p> <p>Zusätzlich zu den bereits festgelegten Mindestanforderungen des öffentlich zugänglichen Berichts, wurden die Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Lungenmedizin und die Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt, aufgenommen. Hintergrund ist die entsprechende Aufnahme der verpflichtend einzuhaltenden Qualitätsanforderungen.</p>
--

2.3.2.3 Nummer 8

Variante A: GKV-SV	Variante B: DKG
<p>Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin regelt. Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung kommt es z. B. häufiger zu Therapieabbrüchen oder mangelnder Medikamenteneinnahme. Daher ist ein Transitionskonzept erforderlich, um einen koordinierten Übergang zu ermöglichen. Sofern Kinder im Zentrum behandelt werden (beispielsweise wenn das Zentrum auf die Behandlung von Mukoviszidose spezialisiert ist), kann dies als zuschlagsfähige besondere Aufgabe übernommen werden.</p>	<p>Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin regelt. Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung kommt es z. B. häufiger zu Therapieabbrüchen oder mangelnder Medikamenteneinnahme. Daher ist ein Transitionskonzept erforderlich, um einen koordinierten Übergang zu ermöglichen. Es ist in jedem Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu implementieren.</p>

2.4 Anlage 8 – Nephrologische Zentren

DKG / KBV

Die nephrologischen Schwerpunktkliniken und Zentren stellen bereits heute in vielen Bundesländern einen wichtigen und etablierten Teil der Versorgung von Nierenkranken sowie von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar.

Derzeit erfolgt eine Festlegung von Qualitätsanforderungen durch den G-BA zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V nicht. Ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans oder gleichartiger Festlegungen fort. Das Zentrum muss vor dem 01.01.2020 im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in nephrologischen Zentren als hinreichend gesichert anzusehen. Da die derzeitige Regelung eine Befristung zum 31. Dezember 2020 vorsieht und eine Befassung bislang nicht erfolgen konnte, ist eine Verlängerung der Übergangsfrist um ein Jahr erforderlich. Demnach prüft der G-BA bis zum 31. Dezember 2021 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von nephrologischen Zentren.

2.5 Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren

2.5.1 § 1 Qualitätsanforderungen

DKG / KBV

In Deutschland erkranken jährlich durchschnittlich 2.095 Kinder unter 18 Jahren an Krebs. Die häufigsten Diagnosegruppen bei Kindern sind die Leukämien und Lymphome sowie die Tumoren des zentralen Nervensystems. Zwischen 1980 und 2014 haben sich die altersstandardisierten Sterberaten für Kinder unter 15 Jahren insbesondere aufgrund der Weiterentwicklung von Therapiemöglichkeiten in Deutschland fast halbiert. Für die Weiterentwicklung von Therapiestandards und Langzeitbetreuung von Kindern mit onkologischen Erkrankungen, ist die Bündelung besonderer Aufgaben in Kinderonkologischen Zentren erforderlich.

Derzeit erfolgt eine Festlegung von Qualitätsanforderungen durch den G-BA zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V nicht. Ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans oder gleichartiger Festlegungen fort. Das Zentrum muss vor dem 01.01.2020 im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Kinderonkologischen Zentren als hinreichend gesichert anzusehen. Da die derzeitige Regelung eine Befristung zum 31. Dezember 2020 vorsieht und eine Befassung bislang nicht erfolgen konnte, ist eine Verlängerung der Übergangsfrist um ein Jahr erforderlich. Demnach prüft der G-BA bis zum 31. Dezember 2021 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Kinderonkologischen Zentren.

3. Sonstige Anpassungen

GKV-SV / DKG / KBV	
Bei der Beschreibung der besonderen Aufgaben wird anlagenübergreifend bei „Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen“ eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, wonach „/“ durch ein „und“ ersetzt wird. Dies betrifft die folgenden Stellen: In der 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,	
GKV-SV	DKG / KBV
--	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.	

4. Literatur

GKV-SV:

1. **Abele-Horn M, de With K, Seifert J, Eckmanns T, Schmidt N, Fellhauer M, et al.** Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antinfektivaverordnung in Krankenhäusern. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2020;63(6):749-760.
2. **Apitz C, Kozlik-Feldmann R, Kaemmerer H, Gorenflo M, Lammers A.** S2k Leitlinie - Pulmonale Hypertonie. Geltungsbereich: Pulmonale Hypertonie des gesamten Kindes- und Jugendalters bis ins junge Erwachsenenalter [online]. 29.04.2020. [Zugriff: 10.07.2020]. URL: http://www.kinderkardiologie.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/LL_PulmonaleHypertonie_final190420.pdf.
3. **Buck DB, Lee V, Darling JD, McCallum JC, Zettervall SL, Soden PA, et al.** Increased Pulse Pressure in Patients with Critical Limb Ischemia Predicts Procedural Complications and Reinterventions. 2015;61(2):577.
4. **Busse O, Röther J, Faiss J, Hamann G, Hupp T, Jansen O, et al.** Interdisziplinäres neurovaskuläres Netzwerk. Der Nervenarzt 2013;84(10):1228-1232.
5. **de With K, Wilke K, Kern WV, Strauß R, Kramme E, Friedrichs A, et al.** S3-Leitlinie "Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus" [online]. 31.01.2019. [Zugriff: 10.07.2020]. (Registernummer 092/001). URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-0011_S3_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus_2020-02.pdf.
6. **Demedts M, Wells A, Anto J, Costabel U, Hubbard R, Cullinan P, et al.** Interstitial lung diseases: an epidemiological overview. 2001;18(32 suppl):2s-16s.
7. **Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie.** Prüfungsordnung für die DeGIR-/DGNR-Zertifizierungen Stufe 2 [online]. 2020. [Zugriff: 10.07.2020]. URL: <https://www.degir.de/media/document/23113/degir-dgnr-prfungsordnung-gltig-ab-01072020.pdf>.
8. **Fisher JH, Shapera S, To T, Marras TK, Gershon A, Dell S.** Procedure volume and mortality after surgical lung biopsy in interstitial lung disease. European Respiratory Journal 2019; 53: 1801164.9. **Forschungszentrum Borstel.** Nationales Referenzzentrum für Mykobakterien [online]. 2020. [Zugriff: 10.07.2020]. URL: <https://fz-borstel.de/index.php/de/sitemap/nationales-referenzzentrum-fuer-mykobakterien-pd-dr-med-florian-maurer>.

10. **Hoepfer M, Ghofrani H, Gorenflo M, Grünig E, Rosenkranz S, Schranz D.** Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie. Europäische Leitlinien 2009. *Der Kardiologe* 2010;4(3):189-207.
11. **Hoepfer MM, Ghofrani H-A, Grünig E, Klose H, Olschewski H, Rosenkranz S.** Pulmonale Hypertonie. *Deutsches Ärzteblatt* 2017;114(5):73-84.
12. **Hoepfer MM, McLaughlin VV, Al Dalaan AM, Satoh T, Galiè N.** Treatment of pulmonary hypertension. *The Lancet Respiratory Medicine* 2016;4(4):323-336.
13. **Holt P, Poloniecki J, Loftus I, Thompson MJEJoV, Surgery E.** Meta-analysis and systematic review of the relationship between hospital volume and outcome following carotid endarterectomy. 2007;33(6):645-651.
14. **Kim BM, Baek J-H, Heo JH, Kim DJ, Nam HS, Kim YDJS.** Effect of cumulative case volume on procedural and clinical outcomes in endovascular thrombectomy. 2019;50(5):1178-1183.
15. **Lone NI, Walsh TS.** Prolonged mechanical ventilation in critically ill patients: epidemiology, outcomes and modelling the potential cost consequences of establishing a regional weaning unit. *Crit Care* 2011; 15, R102.
16. **McCarthy C, Lara Gallego B, Trapnell BC, McCormack FX.** Epidemiology of Rare Lung Diseases: The Challenges and Opportunities to Improve Research and Knowledge. In: Posada De La Paz M, Taruscio D, Groft SC (Eds). *Rare Diseases Epidemiology: Update and Overview*. Cham: Springer International Publishing; 2017. S. 419-442.
17. **Nabavi DG, Koennecke H-C, Ossenbrink M, Grau A, Busse O, die Stroke Unit K, et al.** Zertifizierungskriterien für Stroke-Units in Deutschland. *Der Nervenarzt* 2019;90(4):335-342.
18. **Nallamothu BK, Gurm HS, Ting HH, Goodney PP, Rogers MAM, Curtis JP, et al.** Operator Experience and Carotid Stenting Outcomes in Medicare Beneficiaries. *JAMA* 2011;306(12):1338-1343.
19. **Plass D, Vos T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H, Krämer A.** Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. 2014.
20. **Prabhakaran S, Fonarow GC, Smith EE, Liang L, Xian Y, Neely M, et al.** Hospital case volume is associated with mortality in patients hospitalized with subarachnoid hemorrhage. 2014;75(5):500-508.
21. **Ringleb P, Hamann G, Röther J, Jansen O, Groden C, Veltkamp R.** Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls–rekanalisierende therapie. *Aktuelle Neurologie* 2016;43(02):82-91.
22. **Robert-Koch-Institut.** Welttuberkulosestag 2020. *Epidemiologisches Bulletin* 2020(11).
23. **Robert Koch-Institut.** RKI-Ratgeber - Tuberkulose [online]. 2013. [Zugriff: 10.07.2020]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html.
24. **Schaberg T, Bauer T, Brinkmann F, Diel R, Feiterna-Sperling C, Haas W, et al.** S2k-Leitlinie: Tuberkulose im Erwachsenenalter. *Pneumologie* 2017;71(06):325-397.
25. **Schönhofer B, Geiseler J, Herth F, Jany B, Pfeifer M, Westhoff M.** WeanNet: Das Netzwerk von Weaning-Einheiten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). *Dtsch Med Wochenschr* 2016;141(18):e166-e172.
26. **Schönhofer B, Geiseler J, Pfeifer M, Jany B, Herth F.** WeanNet: Das Netzwerk pneumologischer Weaningzentren. *Pneumologie* 2014;68(11):737-742.

UPV:

1. **Bernard H, Faber M, Grunow R, Bochat V, Görg A.** Drogenkonsum: Bacillus anthracis in Heroin? *Deutsches Ärzteblatt* 2010;107(17).

2. **Mohedano Del Pozo RB, Rubio Alonso M, Cuétara García MS.** Diagnosis of invasive fungal disease in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Revista iberoamericana de micología* 2018;35(3):117-122.
3. **Pletz MW, Rohde G, Schuette H, Bals R, von Baum H, Welte T.** Epidemiologie und Erreger bei ambulant erworbener Pneumonie (CAP). *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2011;136(15):775-780.
4. **Robert Koch-Institut.** RKI-Ratgeber für Ärzte: Anthrax (Milzbrand). *Epidemiologisches Bulletin* 2013(41/2013):411-417.
5. **Robert Koch-Institut.** RKI-Ratgeber für Ärzte: Legionellose *Epidemiologisches Bulletin* 2019(36/2019):377-383.
6. **Robert Koch-Institut.** RKI-Ratgeber für Ärzte: Tuberkulose. *Epidemiologisches Bulletin* 2013(2/2013):9-16.
7. **Robert Koch-Institut.** RKI-Ratgeber für Ärzte: Tularämie (Hasenpest). *Epidemiologisches Bulletin* 2016(12/2016):95-100.
8. **Robert Koch-Institut.** RKI-Ratgeber für Ärzte: Zytomegalievirus-Infektion. *Epidemiologisches Bulletin* 2014(3/2014):23-28.
9. **Robert Koch-Institut.** Vierter Milzbrandfall bei Heroinkonsument in Deutschland/milzbrand. *Epidemiologisches Bulletin* 2012(38/2012):388.
10. **Robert Koch-Institut.** Welttuberkulosestag 2020. *Epidemiologisches Bulletin* 2020(11).
11. **Schaberg T, Bauer T, Brinkmann F, Diel R, Feiterna-Sperling C, Haas W, et al.** S2k-Leitlinie: Tuberkulose im Erwachsenenalter. *Pneumologie* 2017;71(06):325-397.
12. **Schauvlieghe AF, Rijnders BJ, Philips N, Verwijs R, Vanderbeke L, Van Tienen C, et al.** Invasive aspergillosis in patients admitted to the intensive care unit with severe influenza: a retrospective cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine* 2018;6(10):782-792.
13. **von Lilienfeld-Toa M, Wagener J, Eisnele H, Cornely OA, Kurzai O.** Invasive Pilzinfektionen. *Deutsches Ärzteblatt* 2019;116(16):271-278.
14. **Warming L.** Ambulant erworbene Pneumonie. In: Iqtig (Ed). *Qualitätsreport 2019*. Berlin: 2019. S. 27-33.

5. Bürokratiekostenermittlung

Wird ergänzt

6. Verfahrensablauf

Wird ergänzt

7. Fazit

Berlin, den XX. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

3. Darstellung der Änderungen im Regelungen-Fließtext

3.1 Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren

Stand: 11.08.2020

Beschlussentwurf



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die X. Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen): Änderung der Anlage 6 - Neurovaskuläre Zentren

Vom TT. Monat JJJJ

Änderungen im Vergleich zum Ursprungstext sind blau gekennzeichnet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am X. Monat 2020 beschlossen, die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) in der Fassung vom X. Monat 20XX (BAnz XX TT.MM.JJJJ X X), wie folgt zu ändern:

Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

~~1Ist die Ausweisung als Neurovaskuläres Zentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2020 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem die Zentrumsaufgabe des Schlaganfall-/ Neurovaskulären Zentrums vor dem 1. Januar 2020 ausgewiesen ist.²Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntg durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus.³Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2020 die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von interdisziplinären Neurovaskulären Zentren.⁴Mit Ablauf des 31. Dezember 2020 tritt diese Anlage außer Kraft.~~

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1.

GKV-SV / KBV / PatV / LV	DKG
Vorhaltung der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Kardiologie am Standort,	Vorhaltung der Fachabteilungen a) Innere Medizin oder Kardiologie, b) Neurologie, c) Neurochirurgie und d) Vorhaltung einer chirurgischen Fachabteilung mit gefäßchirurgischer Kompetenz

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.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Neuro-Intensivstation unter neurologischer oder neurochirurgischer oder gemeinsamer fachlicher Leitung sowie	Vorhaltung einer Intensivstation

4. Vorhaltung einer Stroke Unit, die folgende Anforderungen erfüllt:

- a) Mindestens 8 Monitor-Betten werden vorgehalten und
- b)

DKG / LV	GKV-SV / KBV / PatV
eine intravenöse Thrombolyse ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) durchführbar.	--

(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)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Mitarbeit an Leitlinien, Konsensuspapieren und Beteiligung an Projekten zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung oder	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.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
--	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

GKV-SV / KBV / DKG	PatV / LV
Das Zentrum kooperiert strukturiert und regelhaft mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung.	Das Zentrum kooperiert strukturiert und regelhaft in einem Netzwerk in koordinierender Funktion mit anderen Krankenhäusern und mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung

(5) Mindestfallzahlen

1.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
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	Im Zentrum werden jährlich mindestens 600 Fälle mit der Hauptdiagnose nicht-traumatische subarachnoidale und intracerebrale Blutungen, Hirninfarkte, transitorisch-ischämische Attacken, Stenosen und Verschlüsse präzerebraler und zerebraler Arterien (I60, I61, I63, I64, , I66, G45,) behandelt und

2. es werden jährlich mindestens je

a)

GKV-SV / KBV	DKG	LV
50 Stentings hirnersorgender Arterien (OPS 8-840.00, 8-840.0h, 8-840.0j, 8-840.0k, 8-840.0m, 8-840.0n, 8-840.0p),	65 Eingriffe an hirnersorgenden Arterien (OPS-Kodes 8-840.-, 8-841.-, 8-842.-, 8-843.-, 8-848.-, 8-849.-, 8-84a.-, 8-84b.- (6.Stelle jeweils 0 oder aus h bis p), 8-845.- 8-846.- (6. Stelle jeweils 0 oder aus h bis n), 8-844.- (6. Stelle jeweils 0), 5-380.0-, 5-381.0-, 5-382.0-, 5-383.0-)	60 Stentings hirnersorgender Arterien (OPS 8-840.00, 8-840.0h, 8-840.0j, 8-840.0k, 8-840.0m, 8-840.0n, 8-840.0p),

b)

GKV-SV / KBV / LV	DKG
75 endovaskuläre intrakranielle Aneurysma-Ausschaltungen (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90),	60 intrakranielle Aneurysma-Ausschaltungen (OPS-Kodes 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90, 5-025.-)

c)

GKV-SV / KBV	LV	DKG
40 operative Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysmaausschaltung (OPS 5-025),	50 operative Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysmaausschaltung (OPS 5-025),	--

d)

GKV-SV / KBV / LV	DKG
50 operative Eingriffe an hirnersorgenden Arterien (OPS 5-380.0, 5-381.0, 5-382.0, 5-383.0) und	--

e)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
100 mechanische Thrombektomien intrakranieller Arterien (OPS 8-836.80) durchgeföhrt.	70 mechanische Thrombektomien intrakranieller Arterien (OPS 8-836.80) durchgeföhrt.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung oder im Rahmen der verschiedenen Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalles abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Schlaganfallversorgung dienen. Diese Veranstaltungen sollen möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen
5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des neurovaskulären Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
 - a) Darstellung des neurovaskulären Zentrums und seiner Netzwerkpartner,
 - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Radiologie mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie,
 - c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
 - d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

- e) Anzahl / und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
 - f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen neurovaskulären Zentren und
 - g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

3.2 Anlage 7 – Lungenzentren

Stand: 11.08.2020

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 1. Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen): Änderung der Anlage 7 - Lungenzentren

Vom TT. Monat JJJJ

Änderungen im Vergleich zum Ursprungstext sind blau gekennzeichnet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am X. Monat 2020 beschlossen, die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) in der Fassung vom X. Monat 20XX (BAnz XX TT.MM.JJJJ X X), wie folgt zu ändern:

§ 1 Qualitätsanforderungen

~~*Ist die Ausweisung als Lungenzentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2020 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem die Zentrumsaufgabe des Lungenzentrums vor dem 1. Januar 2020 ausgewiesen ist.²Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntg durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus.³Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Lungenzentren.⁴Mit Ablauf des 31. Dezember 2020 tritt diese Anlage außer Kraft.~~

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Vorhaltung einer Fachabteilung für Pneumologie am Standort,	Leitung des Zentrums durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und Vorhaltung von mindestens zwei Fachärztinnen oder Ärzten für Innere Medizin und Pneumologie

2. mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation 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)

DKG	GKV-SV / KBV / PatV / LV
Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten,	Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten, mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,

b) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung,

c)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Vorhandensein von fünf Atmungstherapeuten am Standort,	Vorhandensein von zwei Atmungstherapeuten am Standort,

d)

DKG / LV	GKV-SV / KBV / PatV
die Weaning-Einheit behandelt jährlich mindestens 40 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär,	die Weaning-Einheit behandelt jährlich mindestens 100 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär,

e)

GKV-SV / KBV	DKG
jährlich werden mindestens insgesamt 40 Beatmungsentwöhnungen versucht oder Beendigungen einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung durchgeführt	--

f) die Weaningeinheit stellt eine adäquate Schulung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sicher,

g) die Mitglieder des Behandlungsteams erörtern regelmäßig Aspekte der Entscheidungen am Lebensende in einem Forum und

h)

DKG / LV	GKV-SV / KBV / PatV
die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt jährlich mindestens 40 Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.	die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt jährlich mindestens 100 Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.

(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) Mindestfallzahlen

GKV-SV / KBV	DKG / LV
Es werden jährlich mindestens 1.300 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose behandelt (Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.-).	Es werden jährlich mindestens 2.500 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose (J00-J99, C34, A15-A16, A19) behandelt.

(5) Spezialisierungen am Standort

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Es sind mindestens zwei der folgenden fünf Spezialisierungen am Standort vorhanden:	Es sind mindestens zwei der folgenden sieben Spezialisierungen am Standort vorhanden:

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

- a) Vorhaltung einer Station mit mindesten 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung (können identisch zu § 1 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b sein),
- b)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
Behandlung von jährlich mindestens 1.200 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47),	Behandlung von jährlich mindestens 500 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47) als Hauptdiagnose am Standort,

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)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Möglichkeit zur Durchführung von Rechterkatheter-Untersuchungen (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche)	Möglichkeit zur Durchführung von Rechterkatheter-Untersuchungen

oder

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

a)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
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,	Board für interstitielle Lungenerkrankungen mit mindestens zweiwöchentlichen interdisziplinären Fachkonferenzen; bei Bedarf nimmt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie an der Fachkonferenz teil (auch telemedizinisch möglich),

b)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
jährliche Behandlung von mindestens 350 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J84.-),	jährliche Behandlung von mindestens 80 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J60.- bis J64.-, J66.-, J67.-, J68.4, J70.1 bis J70.4, J80.- bis J84.-, D86.0, D86.2),

c) technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie und

d)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Möglichkeit zur Durchführung von Rechts-herzkatheter-Untersuchungen(24 Stunden an 7 Tagen pro Woche)	Möglichkeit zur Durchführung von Rechts-herzkatheter-Untersuchungen

oder

3.

GKV-SV / DKG / KBV / PatV / LV	UPV
Vorhaltung einer Behandlungseinheit Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:	Vorhaltung einer Behandlungseinheit für seltene Infektionskrankheiten der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

a)

GKV-SV / KBV	DKG / LV	UPV
Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose A15.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert) oder A16.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert),	Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose A15.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert), A16.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert) oder A19.- (Miliartuberkulose),	Jährliche Behandlung von mindestens 200 stationären Fällen seltener Infektionskrankheiten der Lunge einschließlich Tuberkulose und atypischen Mykobakteriosen (A15-A19, A21.2, A22.1, A31.0, A48.1, B25.0, B37.1, B44.0, B44.1, J12-14),

b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zur genetisch und phänotypischen Resistenzbestimmung innerhalb von 24 Stunden,	Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zum Nachweis von genotypischen Resistenzen sowie zur Resistenztestung, 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,

6

e)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV	UPV
eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie und mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB von Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren ist bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar	Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie und mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB bei Bedarf auch in Kooperation zur Verfügung,	eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie ist bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar,

f)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Hausinterne Leitlinien zur Behandlung von infektiologischen Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. CAP) müssen verfügbar sein.</p>	--

g)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
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	--

h) Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Tuberkulose

oder

4. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Erwachsene mit Mukoviszidose, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

a)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Vorhaltung einer Fachabteilung für Gastroenterologie oder Innere Medizin und Gastroenterologie am Standort,	--

b)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen im Alter über 18 Jahre mit der Hauptdiagnose Mukoviszidose (E84.0 Cystische Fibrose mit Lungenbeteiligung) und	Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose Mukoviszidose (E84.0 Cystische Fibrose mit Lungenbeteiligung, E84.8- Zystische Fibrose, E84.9 Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet) und

c) Anwendung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten

oder

5. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für pulmonale Hypertonie (pH), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

a)

GKV-SV / KBV	DKG / LV
Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose	Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose

8

pulmonale Hypertonie (I27.-Sonstige pulmonale Herzkrankheiten),	pulmonale Hypertonie (I27.- Sonstige pulmonale Herzkrankheiten),
---	--

b)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Vorhaltung einer Fachabteilung für Kardiologie am Standort,	Vorhaltung einer Fachabteilung für Innere Medizin oder Kardiologie am Standort,

c)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH von Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren ist bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar und	Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren mit pH behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH bei Bedarf auch in Kooperation zur Verfügung,

d)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG / LV
Möglichkeit zur Durchführung von Links- und Rechtsherzkatheter-Untersuchungen (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche).	Möglichkeit zur Durchführung von Links- und Rechts-herzkatheter-Untersuchungen,
GKV-SV / KBV / PatV.	DKG / LV
--	oder 6. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt: a) Jährliche Behandlung von mindestens 200 Mindestprimärfällen (C34) pro Jahr und, b) Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren (Onkoziert,

	<p>Stand: 11.09.2019 Version G21 und</p> <p>c) das Lungenzentrum ist Kooperationspartner eines onkologischen Zentrums, welches die Qualitätsvorgaben der Anlage 2 erfüllt.</p>
GKV-SV / KBV / PatV / LV	DKG
--	<p>oder</p> <p>7. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Schlafmedizin, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p> <p>a) Vorhaltung eines Schlaflabors gemäß Leitfaden und Kriterien für die Akkreditierung von Schlaflaboren der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) Stand: Somnologie, 21: S. 200-209, 20172 zur stationären Versorgung von Patienten, bei denen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Verfahren ausgeschöpft sind oder - schwere Begleiterkrankungen vorliegen oder - ein erhöhter Betreuungs/Überwachungsaufwand besteht und <p>b) Leitung des Schlaflabors durch einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin der Ärztekammer oder - mit Qualifikationsnachweis Somnologie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung- und -medizin (DGSM) (Stand: 03. September 2013) oder - Qualifikation Somnologist der European Sleep Research Society (ESRS) (Stand: 07. Oktober 2013) und <p>c) das Schlaflabor verfügt über eigene, als Einzelplatzräume ausgestattete Räume und</p>

1 Erhebungsbogen Lungenkrebszentren (Stand: 11.09.2019, Version G2), abrufbar unter: <https://www.onkozert.de/organ/lunge/>

2 Leitfaden und Kriterien die Akkreditierung von Schlaflaboren der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), erschienen in Somnologie, Band 21 im Jahr 2017, Ausgabe 3, Seiten 200 – 209, publiziert am 30.06.2017, abrufbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11818-017-0125-5.pdf>

	<p>d) Vorhaltung polysomnographischer Messtechnik mit kontinuierlicher Überwachung mit mindestens den folgenden Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierlicher Ableitung der Hirnströme mittels Elektroenzephalogramm, - Langzeit EKG, - Elektromyogramm, - Elektrookulogramm, - Pulsoxymetrie, - Atemflussmessung nasal und oral und - Atemexkursionen von Thorax und Abdomen.
--	---

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre pneumologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Pneumologie dienen. Diese Veranstaltungen sollen möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Lungenzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Um-

setzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse in der Lungenmedizin. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

- a) Darstellung des Lungenzentrums und seiner Netzwerkpartner,
 - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
 - c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
 - d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
 - e) Anzahl ~~und~~ Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
 - f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Lungenzentren,
 - g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,
 - 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.](#)
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
 7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).
 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.](#)

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

3.3 Anlagen 8 und 9 – Nephrologische und Kinderonkologische Zentren

Stand: 11.08.2020

Beschlussentwurf



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentren-Regelungen): Änderung der Anlagen 8 und 9

Änderungen im Vergleich zum Ursprungstext sind **blau** gekennzeichnet

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, ggf. die Anlage/die Langbezeichnung der Richtlinie/Regelungen (Kurzbezeichnung) in der Fassung vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer manuell hinzufügen]), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

[...]

Anlage 8 – Nephrologische Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

DKG / KBV / LV	GKV-SV
<p>¹Ist die Ausweisung als Nephrologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2020 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem die Zentrumsaufgabe des Nephrologischen Zentrums vor dem 1. Januar 2020 ausgewiesen ist. ²Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. ³Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2020²⁰²¹ erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Nephrologischen Zentren. ⁴Mit Ablauf des 31. Dezember 2020²⁰²¹ tritt diese Anlage außer Kraft.</p>	--

[...]

Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

DKG / KBV / LV	GKV-SV
<p>¹Ist die Ausweisung als Kinderonkologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2020 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem die Zentrumsaufgabe des Kinderonkologischen Zentrums vor dem 1. Januar 2020 ausgewiesen ist. ²Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. ³Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2020 2021 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Kinderonkologischen Zentren. ⁴Mit Ablauf des 31. Dezember 2020 2021 tritt diese Anlage außer Kraft.</p>	<p>--</p>

Die Änderung der Regelungen tritt 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 TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

4. **Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen**

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellung- nahme (Ja/Nein/ Verzicht)	Datum des Eingangs	Teil- nahme an An- hörung (Ja/ Nein)	Besonder- heiten
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V				
Bundesärztekammer (BÄK)	Ja	09.09.2020	Nein	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)				
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V				
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	Verzicht	01.09.2020	Nein	
Stellungnahmeberechtigte gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO				
Deutsche Krebshilfe (DKH)				
Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V.				
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 136c Absatz 5 SGB V				
Deutsche Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)	Ja	15.09.2020	Unklar	SN verfristet Keine Mitteilung über Teilnahme an Anhörung
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	Ja	24.08.2020	Unklar	Keine Mitteilung über Teilnahme an Anhörung
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)				
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V. (DGG)				
Deutsche Gesellschaft für Hals- Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KC)	Verzicht	17.08.2020	Nein	
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V. (GfH)				

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellung- nahme (Ja/Nein/ Verzicht)	Datum des Eingangs	Teil- nahme an An- hörung (Ja/ Nein)	Besonder- heiten
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention - Deutsche Hochdruckliga e.V. (DHL)				
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)				
Deutsche Gesellschaft für Immungenetik (DGI)				
Deutsche Gesellschaft für Immunologie (DGfI)				
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)				
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)				
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)				
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)				
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DGPK, DGKCH, GPP, GPOH, GPR, GPGE, GPN
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie				
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DGKJ, DGPK, GPP, GPOH, GPR, GPGE, GPN
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED)				
Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V. (DGKN)				

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellung- nahme (Ja/Nein/ Verzicht)	Datum des Eingangs	Teil- nahme an An- hörung (Ja/ Nein)	Besonder- heiten
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)				
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)	Ja	07.09.2020	unklar	Keine Mitteilung über Teilnahme an Anhörung
Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)	Ja	07.09.2020	Ja	
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DSG SN von AWMF weitergeleitet
Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)				
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)	Ja	09.09.2020	Ja	SN von AWMF weitergeleitet
Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DGP und DGT
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V. (DGPharMed e.V.)				
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DGT und DGP
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR)				
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektologie (DGPI)				
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) [German Sleep Society] (DGSM)	Ja	06.09.2020	Ja	
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)				

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellungnahme (Ja/Nein/Verzicht)	Datum des Eingangs	Teilnahme an Anhörung (Ja/ Nein)	Besonderheiten
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DGP und DGP
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	Ja	09.09.2020, 22:04 Uhr	Unklar	SN verfristet Keine Mitteilung über Teilnahme an Anhörung
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Ja	09.09.2020	Ja	
Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DGN SN von AWMF weitergeleitet
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Ja	08.09.2020	Ja	Eigene SN und zusätzliche Beteiligung an SN der DGKJ
Gesellschaft für Virologie (GfV)				
Weiterleitung AWMF				
Bundesverband Deutsche Krankenhausapotheker (ADKA)				
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)				
DGf Allgemein- & Familienmedizin (DEGAM)				
DGf Epileptologie (DGfE)				
DGf Gastroenterologie, Verdauungs- & Stoffwechselkrankheiten (DGVS)				
DGf Handchirurgie (DGH)	Ja	09.09.2020	Unklar	Keine Mitteilung über Teilnahme an Anhörung SN von AWMF weitergeleitet

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellung- nahme (Ja/Nein/ Verzicht)	Datum des Eingangs	Teil- nahme an An- hörung (Ja/ Nein)	Besonder- heiten
DGf Hygiene & Mikrobiologie (DGHM)				
DGf Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)				
DGf Kinderzahnheilkunde (DGKiZ)				
DGf Klinische Chemie & Laboratoriumsmedizin (DGKL)				
DGf Krankenhaushygiene (DGKH)				
DGf Neuropathologie & -anatomie (DGNN)				
DGf Orthopädie & Orthopädische Chirurgie (DGOOC)				
DGf Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	Verzicht	01.09.2020	Ja	Verzicht auf eigene SN aber Beteiligung an SN der DGKJ
DGf Palliativmedizin (DGP)				
DGf Parkinson & Bewegungsstörungen (DPG)				
DGf Phoniatrie & Pädaudiologie (DGPP)				
DGf Radioonkologie (DEGRO)				
DGf Rehabilitationswissenschaften (DGRW)				
DGf Rheumatologie (DGRh)				
DGf Suchtforschung & -therapie (DG-Sucht)				
DGf Unfallchirurgie (DGU)				
Dt. Ophthalmologische Ges. (DOG)	Ja	26.08.2020	unklar	Keine Mitteilung über Teilnahme an Anhörung

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellung- nahme (Ja/Nein/ Verzicht)	Datum des Eingangs	Teil- nahme an An- hörung (Ja/ Nein)	Besonder- heiten
Dt. Röntgengesellschaft (DRG)	Ja	07.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit GPR und DeGIR Cave! DeGIR nicht SN- berechtigt!
Dt. Schmerzgesellschaft (DGSS)				
Gf Neuropädiatrie (GNP)				
Gf Pädiatrische Gastroenterologie & Ernährung (GPGE)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DGKJ, DGKCH DGPk, GPP, GPOH, GPR, GPN
Gf Pädiatrische Nephrologie (GPN)	Ja	09.09.2020	Ja	SN von AWMF weitergeleitet Zusätzliche Beteiligung an SN der DGKJ
Gf Pädiatrische Pneumologie (GPP)	Ja	09.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DGKJ, DGKCH DGPk, GPOH, GPR, GPGE, GPN
Gf Pädiatrische Radiologie (GPR)	Ja	07.09.2020	Ja	Gemeinsame SN mit DRG und DeGIR Cave! DeGIR nicht SN- berechtigt! Zusätzlich Beteiligung an SN der DGKJ
Gf Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)				
Gf Thrombose- Hämostaseforschung (GTH) &				
Gf Transitionsmedizin (GfTM)				

5. Eingegangene schriftliche Stellungnahmen

5.1 Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlussentwurf 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):

Änderung der §§ 3 und 5 sowie der Anlagen 6, 7, 8 und 9

Berlin, 09.09.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des G-BA über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 28.08.2020 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zur Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen: Änderung der §§ 3 und 5 sowie der Anlagen 6, 7, 8 und 9) aufgefordert.

Hintergrund

Erstfassung der Zentrums-Regelung

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes zu beschließen.

Der G-BA hatte am 05.12.2019 die Erstfassung der Zentrums-Regelung beschlossen. Neben den allgemeinen Regelungsvorgaben wurden in Anlagen für ausgewählte Zentrumsstypen Qualitätskriterien und besondere Aufgaben definiert (Zentren für Seltene Erkrankungen, Onkologische Zentren, Traumazentren, Rheumatologische Zentren, Herzzentren).

Für Schlaganfallzentren (Interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren, Anlage 6 der Zentrums-Regelung) und Lungenzentren (Anlage 7 der Zentrums-Regelung) wurden lediglich erste zuschlagsfähige besondere Aufgaben definiert. Um diese abrechnen zu dürfen, musste eine entsprechende Ausweisung im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2020 erfolgt sein. In dem Beschluss wurde festgelegt, dass der G-BA bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von neurovaskulären Zentren und Lungenzentren zu prüfen habe und mit Ablauf des 31. Dezember 2020 die beschlossenen Anlagen zu diesen Zentren daher außer Kraft treten würden.

Eine gleichlautende Regelung wurde außerdem für Nephrologische Zentren (Anlage 8 der Zentrums-Regelung) und Kinderonkologische Zentren (Anlage 9 der Zentrums-Regelung) beschlossen. Zusätzlich wurde in Anlage 10 der Zentrums-Regelung festgelegt, dass für alle nicht in den Anlagen 1 bis 9 geregelten Arten von Zentren, für die für den Vereinbarungszeitraum 2019 Zentrumszuschläge auf Basis des Regelungsgehalts des Schiedspruchs der Bundesschiedsstelle vereinbart wurden und die vor dem 1. Januar 2020 im Landeskrankenhausplan eines Bundeslandes ausgewiesen wurden, zur Erfüllung der besonderen Aufgaben keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich sind als die des Landeskrankenhausplans. Auch für diese Zentren wurden abrechnungsfähige besondere Aufgaben definiert.

Der Beschlussentwurf der Erstfassung wies eine große Uneinigkeit der Bänke des G-BA auf. Im Wesentlichen ging es dabei um die Frage, wie detailliert und umfangreich Qualitätsanforderungen wie Mindestfallzahlen oder der Umfang von Vorhaltungen angelegt sein sollten und – als Konsequenz dieser Vorgaben – wie viele Zentren zukünftig zuschlagsberechtigt sein könnten. Auch über die Art der abzurechnenden besonderen Aufgaben gab es umfangreiche Dissenzen, insbesondere, ob diese ausschließlich stationären Patienten anderer Krankenhäuser oder auch den eigenen oder ambulanten Patienten zugutekommen dürften.

Der aktuelle Beschlussentwurf zu den Änderungen der Zentrums-Regelung

Der aktuelle Beschlussentwurf beinhaltet kleinere Änderungen im allgemeinen Textteil, der insbesondere geänderte Übergangsregelungen für die zusätzlich definierten Zentren und Fristverschiebungen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie betreffen.

Schwerpunkt der Änderungen ist die Definition von Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben für Neurovaskuläre Zentren und Lungenzentren in den Anlagen 6 und 7. Für

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des G-BA über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V

Nephrologische und Kinderonkologische Zentren wurde die Frist, bis zu der der G-BA Qualitätsanforderungen und besondere Aufgaben festlegt, um ein Jahr, auf den 31.12.2021 verschoben.

Auch dieser Beschlussentwurf ist zwischen den Verhandlungspartnern weitgehend dissent.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung

Die Bundesärztekammer begrüßt, unabhängig vom vorliegenden Beschlussentwurf des G-BA, das Bestreben des Gesetzgebers, zuschlagsfähige besondere Aufgaben zu konkretisieren, einheitliche Vorgaben für die Erfüllung dieser besonderen Aufgaben vorzulegen und damit eine Rechtssicherheit bei der Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte zu erzielen. Sie sieht grundsätzlich die Notwendigkeit einer Vorgabe grundlegender und bundesweit einheitlicher Anforderungen, um eine über die medizinische Standardversorgung der Patienten hinausgehende Funktion eines Krankenhauses auszuweisen. Nur bei einheitlich geltenden Anforderungen kann der Zentrumsbegriff auch Patientinnen und Patienten als Orientierung dienen (vgl. die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 25.09.2019).

Die von GKV-SV und Patientenvertretung geforderten hohen Anforderungen in der - die oben genannte Intention des Gesetzgebers konkretisierende - Zentrums-Regelung des G-BA dürften jedoch zu einer relevanten Reduzierung von Zentren im entgeltrechtlichen Sinne führen. In der Folge ist die Finanzierung zahlreicher spezialisierter Einheiten, die ebenfalls besondere Aufgaben, wie sie in der Schiedsstellenvereinbarung vom 08.12.2016 aufgeführt sind, erbringen (Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser, Registererstellung, Weiterbildungsveranstaltungen, Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer, Management eines Netzwerkes, Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade, Erstellung von SOPs für spezifische Versorgungsprozesse, Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote, Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher Fachexpertise), nicht mehr gesichert. Im Sinne einer fachgebiets- und leistungserbringerübergreifenden Versorgung von Patienten mit komplexen, oftmals chronischen und besonders anspruchsvollen Erkrankungen, sollten definierte besondere Aufgaben jedoch auch zukünftig nicht ausschließlich durch die als „Leuchttürme“ bezeichneten Leistungserbringer erbracht und vergütet werden. Dies bedeutet keinesfalls, auf sinnvolle Qualitätsvorgaben zu verzichten. Es ist jedoch zu überlegen, ob zum Beispiel eine Konkretisierung von besonderen Aufgaben nicht auch eine nähere Beschreibung der Aufgabenerfüllung an sich umfassen sollte, d. h. Kriterien zu erarbeiten, wie z. B. eine interdisziplinäre Fallkonferenz, ein fachgebundenes Kolloquium oder auch die Erarbeitung von Behandlungspfaden und SOPs zu erbringen sind, um eine Vergütung zu rechtfertigen.

In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal darauf hingewiesen, dass eine Versorgungsplanung allein über Qualitätsvorgaben nicht automatisch zu einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung führt. Ob mit der Zentrumsregelung das Teilziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung angesichts der vom G-BA beschlossenen und teilweise auch noch diskutierten verbindlichen Qualitätsvorgaben tatsächlich erreicht werden kann, ist ebenfalls zu hinterfragen. Die Bundesärztekammer vermisst hier weiterhin eine Folgenabschätzung, die eine Aussage zulässt, an welchen Standorten zukünftig eine spezialisierte Versorgung in Zentren erfolgt. Auch sollten die aktuellen Standorte der in der Erstfassung definierten Zentrums-Arten veröffentlicht werden und eine Bewertung erfolgen, inwieweit diese den tatsächlichen Bedarf abdecken.

Bei der Erstfassung der Zentrums-Regelungen wurde bestehenden Zentren und Schwerpunkten eine Übergangsfrist von bis zu 6 Monaten eingeräumt, um die notwendigen Vorbereitungen (Rekrutierung oder Qualifizierung von Personal, Etablierung von Prozessen,

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des G-BA über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V

Kooperationsvereinbarungen etc.) zur Umsetzung der vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen durchzuführen. „Angesichts der Hochphase der COVID-19-Erkrankungen im ersten Halbjahr 2020“ wurde den in den Anlagen 1-5 geregelten Zentren eine Verlängerung um 6 weitere Monate gewährt. Für neurovaskuläre Zentren und Lungenzentren soll jedoch eine Dauer von insgesamt 6 Monaten ausreichen.

Auch wenn die Hochphase der COVID-19-Pandemie zunächst abgeklungen ist, könnten Krankenhäuser angesichts der umzusetzenden Pandemievorschriften und der damit verbundenen notwendigen Schutz- und Vorsorgemaßnahmen sowie Infektions- und Quarantäne-bedingter Personalausfälle keineswegs zu einem Regelbetrieb zurückkehren. Auch vor dem Hintergrund steigender Infektionszahlen und einer prognostizierten weiteren Erhöhung in den Herbst- und Wintermonaten sollte daher auch für die neuen Zentrums-Arten von vornherein eine verlängerte Übergangsfrist von 12 Monaten gelten.

5.2 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Angiologie Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)

verfristet eingegangen



Deutsche Gesellschaft für Angiologie - Schriftbaurdam 40 - 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

via E-Mail

DGA-Geschäftsstelle

Haus der Bundespresskonferenz
Schriftbaurdam 40
10117 Berlin

Tel. 030/20 88 88-31
Fax: 030/20 88 88-33
info@dga-gefuesmedizin.de
www.dga-gefuesmedizin.de

Berlin, 15.09.2020

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß §136c, Absatz 5, SGB V (Zentrumsregelungen)

Zu Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren

- Ad §1 Qualitätsanforderungen
(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen

Bezüglich der Vorgaben von GKV-SV, LV, PatV, LV und DKG sehen wir neben den geforderten Kompetenzen eines neurovaskulären Zentrums die Angiologie, vertreten durch einen Facharzt für Angiologie, als essenziell.

In der Versorgungsrealität sind Angiologen nicht nur in die Diagnostik, sondern auch in die konservative und interventionelle Therapie von Erkrankungen der zuführenden Hirnarterien maßgeblich eingebunden. Sie nehmen bereits heute in der Versorgungsstruktur neurovaskulärer Patienten eine tragende Rolle ein.

Während die rasche Diagnostik eines akuten zerebralen Insultes in den neurovaskulären Zentren durch die Neuroradiologen erfolgt, werden weitere diagnostische oder therapeutische Aufgaben vielfach durch Angiologen geleistet.

Die Nachsorge nach revaskulierender Therapie und unmittelbare postoperativen oder postinterventionellen Kontrollen, noch während des stationären Aufenthaltes, zusätzliche Aspekte in der Diagnostik und weiteren Therapie der Patienten von Relevanz, die in der Kernkompetenz des Angiologen liegen:

- Das Erkennen von Dissektionen / Residualbefunden / lokalen Komplikationen erfordert eine hohe Expertise in duplexsonographischer Diagnostik.

Vorstand: Dr. med. Die Loec, med. Michael Uchenberg [Präsident], Prof. Dr. med. Sebastian Schellberg [vorheriger Präsident], Prof. Dr. med. Bligh Linemann [Geschäftsführer], PD Dr. med. Ludwig Casary, Prof. Dr. med. Andreas Creutzig, Prof. Dr. med. Christine Eschola-Klein, Dr. med. Ralf Langhoff, Dr. med. Holger Lawall, Prof. Dr. med. Oliver Müller, Dr. med. Marcus Thiele
Bankverbindung Deutsche Apotheken- und Ärztezeitung eG - Niederlassung Frankfurt - IBAN DE 06 3006 0601 0001834029 - BIC DAAE3333
Vereinsregister: Amtsregister / Amtsgericht Frankfurt am Main
Steuernummer 045/250/87514



- Zerebrovaskuläre Erkrankungen sind nicht isoliert zu betrachten, sondern meist Ausdruck einer generalisierten kardiovaskulären Systemerkrankung. Deren Diagnostik und Behandlung zählt zur Kernkompetenz der Angiologie.
- Die notwendige Erstellung des Behandlungsplans bezüglich sekundärprophylaktischer Maßnahmen, der Therapie atherosklerotischen Risikofaktoren, der notwendigen antithrombotischen oder antikoagulatorisch wirksamen Therapie wie auch die Festlegung der weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte zur Senkung der individuellen kardiovaskulären Mortalität wird durch Angiologen oder zumindest in Abstimmung mit einem Angiologen erstellt.

Als Kernkompetenz ist die Diagnostik und Therapie zerebrovaskulärer Erkrankungen Bestandteil der Weiterbildungsordnung zum Facharzt Angiologie und wird folglich von den kooperierenden Disziplinen in neurovaskulären Zentren abgefragt.

Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. ist in die Erstellung einschlägiger Leitlinien, zuletzt „S3 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der extrakraniellen Carotisstenose“ federführend mit eingebunden.

Wir sehen die Notwendigkeit, unter dem Punkt personelle und fachliche Anforderungen, neben dem Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, auch den Facharzt für Innere Medizin und Angiologie zu Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zerebro-vaskulär erkrankter Patienten zu ergänzen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dipl.-oec.med. Michael Lichtenberg
Präsident

Prof. Dr. med. Birgit Linneemann
Geschäftsführerin

Dr. med. Ralf Langhoff
Leiter der Kommission Interventionelle
Angiologie

5.3 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Von: [Alexander Schleppers](#)
An: [AWMF | Geschäftsstelle; "AWMF"; AufgabenZS@g-ba.de](#)
Betreff: AW: AWMF | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Zentrums-Regelungen
Datum: Montag, 24. August 2020 13:20:37

Sehr geehrte Damen und Herren,
nachfolgend dürfen wir Ihnen unsere Kommentare übermitteln:

1. Kommentare zu Anlage 1:
 - a. S.2: Punkt 1: Hier sollte zusätzlich eine anästhesiologische Fachabteilung gefordert werden um insb. eine zeitnahe operative Behandlung zu gewährleisten.
 - b. S.2: Punkt 3: Hier sollte nur allgemein die Vorhaltung einer Intensivstation gefordert werden, ohne die Leitung NCH / NEU festzulegen oder ggf. eine anästhesiologische Leitung mit aufgenommen werden.
 - c. S.6: Die Auflistung von geforderten Atmungstherapeuten macht derzeit noch keinen Sinn. Einerseits ist dies eine noch nicht in der Breite verfügbares Berufsbild und andererseits wird die dahinterstehende Therapie häufig vom Fachbereich der Physiotherapie durchgeführt.
2. Gleiches gilt für die entsprechenden Anlagen 4 und 5

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Prof. Dr. A. Schleppers
Arztlicher Geschäftsführer / Hauptgeschäftsführer
Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
Stiftung Deutsche Anästhesiologie
Rortzter Str. 27
90419 Nürnberg
Tel.: 0911-9337811
Fax.: 0911-3938195
Mob.: 0173-9225527
Mail: aschleppers@t-online.de

Von: AWMF | Geschäftsstelle [<mailto:office@awmf.org>]
Gesendet: Donnerstag, 13. August 2020 12:39
An: AWMF <st-gba@awmf.org>
Cc: AufgabenZS@g-ba.de
Betreff: WG: AWMF | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Zentrums-Regelungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir leiten Ihnen die Unterlagen (8 Dokumente im ZIP-Ordner + Anschreiben) des G-BA zu den geplanten Änderungen der „Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (Zentrums-Regelungen)“ weiter.

Da die AWMF in diesem Fall auch eine Stellungnahme abzugeben plant, bitten wir Sie, uns Ihre Einschätzung per Email falls möglich, bis 07. September 2020 – 12:00 Uhr an die Mailadresse <st-

5.4 Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), Gesellschaft für Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE), Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)



Stellungnahme zur 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

<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)</p>	
<p>08.09.2020</p>	
<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p>	<p>Begründung</p>
<p>Anl. 7, § 1 Qualitätsanforderungen (1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen Ergänzung eines Punktes 5: Bei Kindern und jugendlichen Patienten vor Vollendung des 18. Lebensjahres ist im Notfall – das bedeutet nur bei ungeplanter Aufnahme/Vorstellung - ein Kinder- und Jugendarzt mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie innerhalb von 30 Minuten hinzuzuziehen und der Patient dann zu verlegen. Die weitere kontinuierliche Behandlung erfolgt in einem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin unter fachlicher Leitung des Kinder- und Jugendarztes mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie, bzw. ambulant in den Händen eines Kinder- und Jugendarztes mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie. Abweichungen hiervon sind nur im Rahmen von lokal etablierten strukturierten Transitionsprogrammen für</p>	<p>Die aus unserer Sicht kritischen Regelungen betreffen hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen vor allem die Änderungsvorschläge in Bezug auf die Lungenzentren (Anlage 7).</p> <p>Die Ergänzung dieses Punktes ersetzt die Formulierungen unter Absatz 3e (Seite 11) und 5c (Seite 13). Diese Formulierungsvorschläge sind aus unserer Sicht strikt abzulehnen, da sie keine qualitativ ausreichende medizinische und psychosoziale Betreuung der betroffenen Kinder- und Jugendlichen ermöglichen werden. Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum einschließlich 18. Lebensjahr muss in fachlich qualifizierten Zentren für Kinder- und Jugendmedizin erfolgen, die für die jeweilige Erkrankung erforderlichen Spezialisierungen vorhalten. Bei den hier für Lungenzentren genannten Erkrankungsgruppen wie z.B. die Behandlung der Tuberkulose oder des Pulmonalen Hypertonus betrifft das in erster Linie die Kinder- und Jugendpneumologie, die Kinder-Infektiologie, die Kinderkardiologie sowie die Kinderradiologie. Hier müssen die Besonderheiten dieser Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen bis zum Abschluss ihrer körperlichen und sozialen Entwicklung Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sind aber auch die biografischen und psychosozialen Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichen und ihrer Familien zu berücksichtigen. Für Patienten mit pulmonaler Hypertonie, die aufgrund angeborener Erkrankungen bzw. im Kindesalter entstanden sind, sind Kinderkardiologische Zentren ohne Altersbegrenzung mit EMAH Zertifizierung zuständig. Für eine angemessene ganzheitliche Behandlung der Kinder und ihrer Familien sind daher die Strukturen eines Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin zwingend erforderlich, denn entsprechende</p>

<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)</p>	
<p>08.09.2020</p>	
<p>Jugendliche und junge Erwachsene zulässig.</p>	<p>Strukturen, z.B. Krankenhausschule werden in Zentren der Erwachsenenmedizin schlichtweg nicht vorgehalten Dieses betrifft Kinder und Jugendliche bis zum Abschluss ihrer körperlichen und sozialen Reifung, im Regelfall also bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. In dem vorgelegten Entwurf wird dieses ja an einigen Stellen implizit z.B. von den Vertretern der Kostenträger anerkannt, wenn bei der Mukoviszidose für das Lungenzentrum eine Altersgrenze von 18 Jahren gezogen wird (s. Seite 12). In analoger Weise muss dies auch dann für die anderen Krankheitsbilder gelten. Wir verweisen hier nicht zuletzt auf die Gebietsdefinition im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin der aktuell gültigen Musterweiterbildungsordnung. Daher schlagen wir vor, in dem Beschlussentwurf eine allgemeine Formulierung wie in der linken Spalte, voranzustellen. Kooperierende pädiatrische Spezialitäten und der Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie sind einzubeziehen (ggf. telemedizinisch).</p>
<p>3 e) (S. 11): GKV-SV / KBV / PatV: „eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie .. von Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren..“ DKG / LV: „Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren...“ UPV: „eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung...“ Ebenso wie 5c (S. 13) GKV-SV: „eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin..“ DKG / LV: „Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren...“</p>	<p>Diese Formulierungsvorschläge lehnen wir entschieden ab, da sie keine qualitativ ausreichende medizinische und psychosoziale Betreuung der betroffenen Kinder- und Jugendlichen ermöglichen werden. Diese sind durch oben stehende Ergänzung zu ersetzen.</p>

<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)</p>	
<p>08.09.2020</p>	
<p>Anl. 9 (Kinderonkologische Zentren): §1 Qualitätsanforderungen: Eine Ausweisung in einem Landeskrankenhausplan ist kein Qualitätsmerkmal, zumal die Ausweisung der Kinderonkologien und die Kriterien hierzu in den Landeskrankenhausplänen der verschiedenen Länder völlig heterogen sind.</p> <p>Änderungsvorschlag: analog zu Anlage 2 Qualitätsanforderungen §1 (1) 4.</p> <p>Die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderonkologie) sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) (in Anlage 2, Anforderungen an onkologische Zentren) sind zu erfüllen.</p>	<p>Wie bereits in der gemeinsamen schriftlichen Stellungnahme vom 23.9.2019 und unserer mündlichen Stellungnahme vom 25.10.2019 zum damaligen Beschlussentwurf zur Zentrumsregelung geäußert, war zum 1.1.2020 nur ein Teil der Kinderonkologien in Deutschland in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen ihrer Länder ausgewiesen. Eine Durchsicht aller Landeskrankenhauspläne zum 1.1.2020 sowie eine Umfrage der GPOH hierzu hat erbracht, dass tatsächlich weniger als die Hälfte der Kinderonkologien zum damaligen Zeitpunkt in den Landeskrankenhausplänen ihrer Länder ausgewiesen waren. So war bspw. keine der Kinderonkologien in Bayern im Landeskrankenhausplan ausgewiesen. Durch die Anforderung der Eintragung in den Landeskrankenhausplan als Qualitätskriterium wird vorab ein großer Teil der Kinderonkologien von der Vergütung besonderer Ausgaben ausgeschlossen.</p> <p>Durch das Verschieben der Ausformulierung der Anlage 09 „Kinderonkologische Zentren“ entgeht denjenigen Kinderonkologien, die im Landeskrankenhausplan ihrer Länder zum 1.1.20 zwar ausgewiesen waren, auch im Jahre 2021 die Möglichkeit, besondere Aufgaben in der Kinderonkologie, die nicht in Anlage 2 (Onkologische Zentren) definiert sind, vergütet zu bekommen. Hierbei handelt es sich um Aufgaben, die durch die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie von kinder-onkologischen Zentren gefordert werden und deren Vergütung im DRG-System nicht adäquat abgebildet ist. Dazu gehören Aufgaben wie Vorhaltung einer zellbiologischen Laboreinheit, Aufwendungen für die Referenzdiagnostik vor Ort, der zusätzliche Aufwand, der mit der Durchführung einer Therapieoptimierungsstudie verbunden ist, sowie die Meldung kinder-onkologischer Fälle an das Kinderkrebsregister in Mainz. Dass diese Leistungen nicht in den DRGs abgebildet werden, wurde vom Oberverwaltungsgericht Münster am 27.10.2017 entschieden (13A2563/17) und vom Bundesverwaltungsgericht am 28.8.2019 (3 B 5.18) bestätigt.</p> <p>Zuletzt möchten wir betonen, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit onkologischen Diagnosen bis zum 18. Lebensjahr immer im Kontext eines interdisziplinär aufgestellten pädiatrischen Zentrums unter Einbeziehung nicht nur der Kinderonkologie, sondern auch der kooperierenden pädiatrischen Spezialdisziplinen, z.B. Kinder-Intensivmedizin, Kinderkardiologie und des Schwerpunktes Kinder- und Jugendradiologie zu denken ist.</p>
<p>Weiterer Handlungsbedarf:</p>	<p>Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur</p>

<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)</p>	
<p>08.09.2020</p>	
<p>Ergänzung einer weiteren Anlage, die eine Dachstruktur „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ oder „Pädiatrisches Zentrum“ konkretisiert.</p>	<p>Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Abs. 5 SGB V) vom 23.09.2019, die wir hiermit noch einmal bekräftigen möchten. Bundesländer wie z.B. Niedersachsen oder Mecklenburg-Vorpommern haben in ihrer Landeskrankenhausplanung solche Zentrumsstrukturen für Kinder und Jugendliche konkretisiert.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin</p>		
<p>Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt</p>		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

5.5 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie

DGNC-Geschäftsstelle • c/o Conventus GmbH • Carl-Puffrich-Straße 1 • 07745 Jena

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung und veranlasste Leistungen
Gutenbergstr. 13

10587 Berlin



DGNC

Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie

Göttingen, 07.09.2020

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Veit Rohde

Direktor
Neurochirurgische Klinik
Universitätsklinikum Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen

Telefon: 0551 39-660 33
Telefax: 0551 39-87 94
E-Mail: vizepraesident@dgnc.de

**Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten, hier: Neurovaskuläre Zentren;
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) zu der
gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG)
und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)**

N/ Geschäftsstelle AWMF, Office@awmf.org
Prof. Steinmetz, Direktor der Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Frankfurt,
Schleusenweg 2/16, 60590 Frankfurt

Geschäftsstelle

c/o Conventus Congress-
management & Marketing GmbH
Carl-Puffrich-Straße 1
07745 Jena

Telefon: 03641 31 16-460
Telefax: 03641 31 16-240
E-Mail: gs@dgnc.de
Internet: www.dgnc.de

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
Braunschweig
BIC
DAAEDEDXXX
IBAN
DE02 3006 0601 0006 1601 07

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) hat sich mit der gemeinsamen Stellungnahme der DSG und DGN auseinandergesetzt. Diese haben eine Änderung bei Kriterium 5.2.C (Mindestfallzahlen) vorgeschlagen, nämlich die Spezifizierung auf 80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltung, davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping. Die DGNC unterstützt diese Stellungnahme respektive Änderungsvorschlag. Die DGNC sieht ebenfalls die Gefahr von Fehlanreizen in der interdisziplinären Indikationsstellung, wenn die bisherige Forderung von 40 Aneurysma-Clippings beibehalten würde.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. V. Rohde

Vizepräsident

5.6 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurointensivmedizin (DGNI)



Stellungnahme zur 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

Deutsche Gesellschaft für Neurointensivmedizin	
06.09.2020	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage 6 Neurovaskuläre Zentren Punkt 1.1 Hier sollte die Radiologie bzw. Neuroradiologie Erwähnung finden	Die Radiologie/Neuroradiologie gehört zu den Standardausstattungen, die in einem neurovaskulären Zentrum vorhanden sein sollten und dies sollte daher auch direkt unter diesem Punkt stehen. Wie genau die Vorhaltung von Neuroradiologen gehalten werden muss, wird ja im nächsten Punkt definiert.
Punkt 1.2	Das eine Fachdisziplin Neuroradiologie vorhanden sein sollte, entspricht unseren Vorstellungen
Punkt 1.3 Hier sollte eine Neurointensivstation gefordert sein	Angesichts der doch erheblichen Anforderungen die an die interventionelle und operative Seite des neurovaskulären Zentrums gestellt werden, sollte an die Intensivstation die gleiche Anforderung gestellt werden. In der Literatur gibt es eindeutige Hinweise, dass neurochirurgische/neurologische Patienten ein besserer Outcome haben, wenn sie auf einer spezialisierten Intensivstation unter neurologischer/neurochirurgischer Leitung steht. Dies ist für die DGNI ein wichtiger Punkt, da eine spezialisierte Intensivstation besser auf die therapeutischen Notwendigkeiten dieses speziellen Patientengutes ausgerichtet ist.
Punkt 1.4. Eine Stroke Unit mit 6-8 Betten ist ausreichend	Auf Grund des Patientenaufkommens ist eine Stroke Unit mit 6-8 Betten ausreichend um die Intensivstation zu entlasten
Punkt 1.4. i.v. Thrombolysen sollte jederzeit möglich sein	Aus unserer Sicht gibt es keinen Grund, warum eine i.v. Lyse nicht jederzeit möglich sein sollte.
Punkt 2 Qualitätssicherung	Keine Einwände
Punkt 3	Bezüglich Forschung und Vernetzung würden wir uns dem Vorschlag der GKV und LV anschließen
Mindestfallzahlen 600 Gesamt	600 entsprechende Fälle erscheinen uns ausreichend, da durch die zunehmende „Vermehrung“ kleinerer Neurologien und Belegneurochurgien ein Teil der geforderten Patienten außerhalb von Zentren behandelt werden wird und daher die geforderte Zahl von 1000 Fällen/Jahr schwer zu erreichen sein dürfte.
50 Stentings	

Deutsche Gesellschaft für Neurointensivmedizin	
06.09.2020	
60 endovaskuläre Aneurysmaversorgungen	<p>Auch die Anzahl der Kliniken die einen Facharzt für Neuroradiologie vorhalten nimmt zu und damit werden auch Stentings und andere Interventionen an Hirngefäßen in kleineren Häusern erfolgen. Daher sollte die Zahl der geforderten Eingriffe entsprechend angepasst werden.</p> <p>Auch diese Zahl erscheint angemessen, da es mehr als eine Intervention an einem zerebralen Aneurysma pro Woche bedeutet. Dies erscheint ausreichend um eine entsprechende Routine zu erreichen.</p>
30 operative Aneurysmaversorgungen	<p>Diese Zahl erscheint uns ebenfalls ausreichend, da der Anteil der operativ zu versorgenden Aneurysmen stark abgenommen hat zu Gunsten der endovaskulären Versorgung. Legt man die geschätzten Gesamtzahlen an Aneurysmen in der Bevölkerung zu Grunde, dürfte dies eine Zahl sein, die erfüllbar ist und die ausreichend ist um die Routine in der operativen Versorgung aufrecht zu erhalten</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Neurointensivmedizin		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

5.7 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)



Stellungnahme zur 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

Hier: Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.



Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.	
31.8.2020	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Änderung bei Kriterium 5.2.c (Mindestfallzahlen): „80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysmaausschaltung, davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping“	Die Entscheidung, ob ein Eingriff endovaskulär oder durch mikrochirurgisches Clipping durchgeführt wird, muss Fall-basiert zwischen behandelnden Neuroradiologen und Neurochirurgen abgestimmt werden. Eine Mindestanzahl von 25 Clippings wird angestrebt, diese Mindestanzahl soll jedoch nicht genutzt werden, um Patienten dem Clipping zuzuführen.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

5.8 Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP), Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)



Stellungnahme zur 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

<p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)</p>
<p>9. September 2020</p>
<p>Wir begrüßen die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und nehmen gerne Stellung zur Ausgestaltung von Lungenzentren.</p> <p>Die Fachgesellschaften haben ihr Engagement für qualitätsgestützte Versorgung in ihrem Fachgebiet jahrelang unter Beweis gestellt. So existieren bereits Zertifizierungsverfahren für Weaningeinheiten (WeanNet über die DGP), eine hohe Anzahl von zertifizierten Lungenkrebszentren (über die DKG) und zertifizierten Thoraxzentren (über die DGT). In G-BA-Verfahren zur Qualitätssicherung (z.B. bei der Lungenvolumenreduktion) und Verfahren zur Optimierung der Gesetzgebung (z.B. aktuell beim GKV-IPREG) haben sich DGP und DGT engagiert eingebracht.</p> <p>Ein zentrales Merkmal aller Zentren ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders kompetenter oder erfahrener Kolleg*innen in einer qualitätsgesicherten Organisationsstruktur. Aus diesem Grund sprechen sich die DGP, DGT und DGP bei den Qualitätsanforderungen grundsätzlich dafür aus, die Verfügbarkeit <u>aller</u> erforderlichen Fachdisziplinen und deren besondere Qualifikationen festzulegen. Dabei sollten durchgängig einheitlich und klar definierte Qualifizierungsstufen verwendet und etablierte Zertifizierungssysteme berücksichtigt werden.</p> <p>Die breite Expertise eines Lungenzentrums sollte in diesem Entwurf Berücksichtigung finden, damit die übergeordnete Funktion des Lungenzentrums ausgeprägt werden kann. Es ist daher von größter Bedeutung, dass zentrale Schwerpunkte des Fachs wie <i>Weaning</i>, COPD und Lungenkrebs in den Beschlussentwurf aufgenommen werden.</p> <p>Mit der Nennung von sieben Spezialisierungen wird die Breite des Fachs abgebildet. Die Aufnahme von Lungenkrebs und Tuberkulose wird der historisch besonderen Rolle der Lungenkliniken - besonders im Hinblick auf den Osten Deutschlands - als Einzelkliniken gerecht. Universitär ist die Pneumologie an nur zehn von 33 bundesdeutschen Unikliniken mit eigenständiger W3 Professur und Klinik vertreten. Mit der Bildung von Lungenzentren wird die pneumologische Expertise transparenter dokumentiert werden.</p> <p>Für die Fachgesellschaften war im gesamten Beschlussentwurf nicht nachvollziehbar, warum die Ausgestaltung einer Endoskopieeinheit (die z.B. 24/7 zur Verfügung stehen müsste) nicht in Betracht gezogen wurde. Darüber hinaus ist die Qualität der Bildgebung, die in Lungenzentren eine zentrale Rolle für die Versorgung spielt, an keiner Stelle berücksichtigt.</p> <p>Die Fachgesellschaften bieten ihre Hilfe bei der Ausgestaltung dieser beiden Punkte an, wenn dies gewünscht ist.</p> <p>Die DGP, DGT und DGP haben sich in ihren Kommentaren dafür entschieden, sich entweder dem GKV-SV, der DGK oder dem UPV anzuschließen und Diskrepanzen, die innerhalb der Gesellschaften diskutiert wurden, in einem Kommentar transparent zu machen.</p>

Für die Standortfrage der Lungenkrebszentren, die bei den onkologischen Zentren aus unserer Sicht nach wie vor vollkommen überbewertet wurde und nach dem Innovationsschub für Telekonferenzen nach der aktuellen Pandemiesituation noch viel weniger nachzuvollziehen ist, haben wir einen Kompromissvorschlag erarbeitet (2.3.1.5.6c). Mit der Möglichkeit, Lungenkrebszentren entweder in ein onkologisches Zentrum oder ein Lungenzentrum einzubetten, würde der G-BA die historisch bedingten Standortnachteile der Lungenkliniken kompensieren.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 1 Qualitätsanforderungen (1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:</p>	
<p>2.3.1.1 Absatz 1: Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen 2.3.1.1.1 Nummer 1</p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschlag Wir schließen uns der Formulierung der DKG an mit einem Zusatz zur Thoraxchirurgie</p> <p>Leitung des Zentrums durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und Vorhaltung von mindestens zwei Fachärztinnen oder Ärzten für Innere Medizin und Pneumologie und <i>Das Lungenzentrum steht in Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie</i></p>	<p>Wir lehnen den Vorschlag des SGKV aktuell ab, weil viele Lungenkliniken und Abteilungen für Pneumologie historisch formal als Innere Medizin geführt werden. DGP und DGT können aktuell nicht nachvollziehen, welche der Kliniken dies sind. Darüber hinaus sind die Bezeichnungen auch in den Krankenhausplänen der Länder unterschiedlich. Deshalb schließen wir uns der allgemeineren Position der DKG an. Den Fachgesellschaften ist bewusst, dass die geforderte Expertise, die im Folgenden detailliert dargestellt wird, in der Regel nicht mit drei Fachärzten erbracht werden kann. Beide Fachgesellschaften bieten ihre direkte Mitarbeit bei einer sachdienlichen und operationalisierbaren Lösung an.</p> <p>Unbestritten sollte folgender Zusatz erfolgen: <i>„Das Lungenzentrum steht in Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie“</i></p> <p>Begründung des Zusatzes: Wir halten die Aufnahme der Kooperation für die qualitativ hochstehende Expertise für unverzichtbar. Die Expertise der Thoraxchirurgie ist in vielen einzelnen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei pneumologischen Erkrankungen gefragt. Beispiele hierfür sind die Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms in den frühen Stadien, die Diagnostik des pulmonalen Rundherdes, die Lungenvolumenreduktion und die Residualchirurgie. Auch bei der Diagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung ist die operative Probengewinnung und anschließende gemeinsame Bewertung der Befunde Bestandteil der Expertise eines Lungenzentrums. Hier haben sich gemeinsame Boards für Lungenkarzinom, -emphysem und -fibrose in direkter und auch telemedizinischer Form sehr bewährt.</p>

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.1.2 Nummer 2 mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.1.3 Nummer 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</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.1.4 Nummer 4 Vorhaltung einer Weaning-Einheit mit den folgenden Mindestanforderungen:</p>	
<p>2.3.1.1.4.1 Buchstabe a) Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten, mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der GKV an.</p>	
<p>2.3.1.1.4.2 Buchstabe b) Vorhaltung einer Station mit mindesten 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung,</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.1.4.3 Buchstabe c)</p> <p>Änderungsvorschlag Vorhandensein von mindestens einem Atmungstherapeuten am Standort,</p>	<p>Es besteht aus unserer Sicht keine Notwendigkeit der Vorhaltung einer Beratungs- und Behandlungsleistung durch Atmungstherapeuten 24 Stunden am Tag. Die Leistung der Atmungstherapie soll aber regelrecht und in angemessenem Umfang abrufbar sein. Die DGP war in der Vergangenheit verantwortlich für die Etablierung der Standards der Atmungstherapeuten mit einem klar umrissenen Curriculum und befürwortet die Einbindung in das Konzept der Lungenzentren (Karg O, Bubulj C, Esche B, Geiseler J, Bonnet R, Mäder I. Der Atmungstherapeut. Pneumologie. 2008;62(11):685-9.). Dennoch ist Atmungstherapeut – noch – keine staatlich anerkannte Berufsbezeichnung und die Verfügbarkeit am Markt ist stark eingeschränkt.</p>
<p>2.3.1.1.4.4 Buchstabe d) die Weaning-Einheit behandelt jährlich mindestens 40 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Wir sehen keine Veranlassung, über Zertifizierungskriterien des WeanNet hinauszugehen, da eine Qualitätsverbesserung mit > 40 Patienten nicht belegbar ist. Durch die geforderten 100 Patienten der Gruppe 3 würde die Anzahl der Zentren auf eine unrealistisch niedrige Zahl reduziert werden. Bei einer Forderung in dieser Höhe muss ebenfalls beachtet werden, dass die Zahl der Patienten der Gruppe 3 nicht unabhängig von der Zahl der vorgehaltenen Weaningbetten betrachtet werden kann. Bei der geforderten Bettenzahl von acht sind 40 Patienten im Jahr realistisch, eine höhere Patientenzahl erfordert auch mehr Betten.</p> <p>Die Strukturen der Deutschen Weaning-Zentren (alle mit einer Mindestzahl von 40 Fällen) haben sich bewährt. Dies kann an der Ergebnisqualität nachgewiesen werden (Windisch W, Dellweg D, Geiseler J, Westhoff M, Pfeifer M, Suchi S, et al. Prolonged Weaning from Mechanical Ventilation. Dtsch Arztebl Int. 2020;117(12):197-204), so dass wir der Position der DKG zustimmen.</p> <p>Die zitierte Arbeit von Lone und Walsh ist eine ökonomische Analyse aus Großbritannien, die keine Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität in Deutschland zulässt (Lone NI, Walsh TS. Prolonged mechanical ventilation in critically ill patients: epidemiology, outcomes and modelling the potential cost consequences of establishing a regional weaning unit. Crit Care. 2011;15(2):R102.).</p>

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.1.4.4 Buchstabe e) Änderungsvorschlag Buchstabe e) streichen jährlich werden mindestens insgesamt 40 Beatmungsentwöhnungen versucht oder Beendigungen einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung durchgeführt</p>	<p>Die Weaning-Einheit versucht jährlich bei mindestens 40 Patientinnen und Patienten mit prolongierter Beatmung (Gruppe 3 der internationalen Weaning-Klassifikation) stationär die Beendigung der Beatmung (Entwöhnung) oder beendet eine früher eingeleitete häusliche Beatmung. Wir sehen keinen inhaltlichen Unterschied zwischen den Punkten 2.3.1.1.4.4 Buchstabe d) und e)</p>
<p>2.3.1.1.4.5 Buchstabe f) die Weaningeinheit stellt eine adäquate Schulung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sicher,</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.1.4.6 Buchstabe g) die Mitglieder des Behandlungsteams erörtern regelmäßig Aspekte der Entscheidungen am Lebensende in einem Forum und</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.1.4.7 Buchstabe h) die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt jährlich mindestens 40 Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Wir stimmen der Formulierung der DKG zu, vor allen Dingen, weil das Weaning-Register die qualitative Voraussetzung für eine gesicherte Struktur und somit Ergebnisqualität dokumentiert.</p>

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.2 Absatz 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.</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.3 Absatz 3: Forschungstätigkeit</p>	
<p>2.3.1.3.1 Nummer 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,</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.3.2 Nummer 2 Das Zentrum nimmt an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil und</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.3.3 Nummer 3 das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.4 Absatz 4: Mindestfallzahlen</p>	
<p>2.3.1.4 Absatz 4: Mindestfallzahlen Es werden jährlich mindestens 2.500 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose (J00-J99, C34, A15-A16, A19, I27) behandelt</p> <p>Änderungsvorschlag Wir schließen uns der Formulierung der DKG mit einem Zusatz bei der C34 an. Die C34* muss in einem qualitätsgesicherten Umfeld erbracht werde (Vorgaben wie in einem zertifizierten Lungenzentrum nach DKG)</p> <p>*Die C34 kann dann zu den Mindestfallzahlen gerechnet werden, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p> <p>1. Behandlung von mindestens 200 Primärfällen mit Erstdiagnose (C34) pro Jahr und, 2. Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenzentren (Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Stand: 11.09.2019 Version G2)</p>	<p>Es sollten der überwiegende Teil der Hauptdiagnosen in die <u>Gesamtzahl</u> eingehen, die auch in den Spezialisierungen genannt werden. Da diese Vorgehensweise methodisch sehr aufwendig ist und letztendlich ab einer gewissen Anzahl nur Grenzeffekte bringt, schließen wir uns dem Vorschlag der DKG an, da die <u>Mehrzahl</u> der Hauptdiagnosen eingeschlossen wird und damit ein breites Behandlungsspektrum identifiziert.</p> <p>Insbesondere sind wir der Meinung, dass für die Diagnose, Therapie und das Management von Komplikationen bei der Behandlung des Lungenkrebses die uneingeschränkte Expertise eines Lungenzentrums gefordert werden muss.</p> <p>Bei jährlich über 60.000 Neuerkrankungen (Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (Hrsg.). Berlin, 2016) und noch höher prognostizierten Zahl für 2020 halten wir es für unabdingbar, dass Lungenkrebs Teil der Expertise eines Lungenzentrums sein muss. Die C34 muss in einem qualitätsgesicherten Umfeld erbracht werde (Vorgaben wie in einem zertifizierten Lungenzentrum nach DKG) zur Weiteren Definition verweisen wir auf die Ausführungen unter 2.3.1.5.6 Nummer 6.</p>
<p>Spezialisierungen</p>	

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5 Absatz 5: Spezialisierungen am Standort Es sind mindestens zwei der folgenden sieben Spezialisierungen am Standort vorhanden:</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an und schlagen ebenfalls sieben Spezialisierungen vor.</p>	
<p>2.3.1.5.1 Nummer 1 (COPD) 1. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (einschließlich Lungenemphysem), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p>	
<p>2.3.1.5.1.1 Buchstabe a) Vorhaltung einer Station mit mindesten 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung (können identisch zu § 1 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b sein),</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.5.1.2 Buchstabe b) Behandlung von jährlich mindestens 500 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47, , sowie J96.-, falls COPD als Nebendiagnose verschlüsselt ist) als Hauptdiagnose am Standort,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Die sehr unterschiedlichen Zahlenangaben insbesondere als Hauptdiagnose werden von der DGP und der DGT kritisch gesehen: Häufig ist die COPD in Lungenzentren eine Nebendiagnose, weil zum Beispiel COPD in Lungenzentren sehr häufig unter der Hauptdiagnose „respiratorisches Versagen“ (J96.-) als Nebendiagnose kodiert wird. Ein Fokus auf die Hauptdiagnose würde aus unserer Sicht vor allem Notfallkliniken und Primärversorger als Lungenzentren ausweisen, da sie viele Patienten über die Notaufnahme aufnehmen. Dies würde dem Gedanken von „Expertise in der Breite“ widersprechen.</p> <p>Eine Fallzahl von 500 COPD Hauptdiagnosen somit ist ausreichend, um das gesamte Spektrum – auch komplizierter Verläufe- einschließlich hypoxischem und hyperkapnischem Atmungsversagen, interventionsbedürftiger Fälle von Emphysem, seltene Erkrankungen (A1-AT-Mangel) zu sehen.</p>

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5.1.3 Buchstabe 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 α1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden.</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.5.1.4 Buchstabe d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an. Eine 24/7 Verfügbarkeit ist nicht erforderlich.</p>	<p>Die Rechtsherzkatheter-Untersuchungen ist <u>nie</u> eine Notfallindikation, sondern immer eine elektive diagnostische Maßnahme bei einer chronischen Erkrankung. Eine Vorhaltung 24/7 ist somit aus unserer Sicht nicht erforderlich und der Schweregrad einer Rechtsherzbelastung wird im Notfall mittels einer Echokardiografie abgeschätzt, die regelhaft auf der zurecht geforderten Intensiveinheit vorhanden ist.</p> <p>Der Gedanke des Lungenzentrums ist nicht allein Versorgung, sondern auch die übergeordnete Anlaufstelle für Problemfragen. Daher kann nicht die unmittelbare Versorgungsfrage Entscheidungskriterium sein, sondern die fachliche Expertise.</p>
<p>Änderungsvorschlag 2.3.1.5.1.4 Buchstabe e) Das Lungenzentrum muss eine Kooperation mit einem multiprofessionellen Palliativteam vorhalten oder ein solches am Standort vorhalten.</p>	<p>Die Behandlung von Patienten mit COPD in einem Lungenzentrum wird ganz überwiegend schwerstkranken Patienten einschließen. Die Zusammenarbeit mit Palliativversorgern ist bereits in den Lungenkrebszentren gefordert, die zwingend Teil eines Lungenzentrums sein müssen. Die Ausweitung der Zusammenarbeit zwischen Pneumologie und Palliativmedizin auch im nicht-onkologischen Bereich wird die Versorgung der Patienten mit COPD verbessern und den Zentrumscharakter stärken</p>

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5.2 Nummer 2 interstitielle Lungenkrankheiten (Lungengerüsterkrankungen) 2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für interstitielle Lungenkrankheiten (Lungengerüsterkrankungen), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p>	
<p>2.3.1.5.2.1 Buchstabe a) Board für interstitielle Lungen-erkrankungen mit mindestens zweiwöchentlichen interdisziplinären protokollierten Fachkonferenzen, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie (telemedizinische Anbindung der Pathologie möglich). 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.</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung des GKV-SV mit minimaler Änderung an (telemedizinische Anbindung FA f. Pathologie)</p>	<p>Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie sollte die Mindestbesetzung für ein ILD-Board sein, letztere z.B. auch durch telemedizinische Anbindung.</p>

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5.2.2 Buchstabe b) jährliche Behandlung von mindestens 80 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J60.- bis J64.-, J66.-, J67.-, J68.4, J70.1 bis J70.4, J80.- bis J84.-, D86.0, D86.2),</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG mit folgenden zusätzlichen Codes Änderungen an: C96.5+/J99.8*, D18.18+/J99.8*, I00, M05.-+/J99.-*, M06.-+/99.-*, M07.-+/99.-*, M30.-+/J99.-*, M31.-+/J99.-*; M32.-+/J99.-*, M33.-+/J99.-*, M34.-+/J99.-*, M35.-+/J99.-*+/J99.-*, M36.8-+/J99.-*</p>	<p>Die Fallzahl von n=80 p.a. ist angemessen, da die Diagnostik und Therapie interstitieller Lungenerkrankungen an Lungenzentren ganz überwiegend ambulant durchgeführt wird und die <u>stationäre</u> Fallzahl somit die Expertise nur unvollständig widerspiegelt</p> <p>Begründung für die Erweiterung der Hauptdiagnosenliste (Bischoff H, Schönfeld N. Kodierleitfaden für die Pneumologie 2020: medhochzwei; 2020.):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langerhanszell Histiozytose C96.5+/J99.8*: - Lymphangioliomyomatose (LAM), hier besteht eine Klassifikationslücke daher D18.18+/J99.8* <p>Vaskulitiden und Erkrankungen des Bindegewebes müssen zusätzlich aufgenommen werden. Die genannten Codes sind an die Diagnosenliste der ASV Rheumatologie angelehnt. Bei dieser Versorgungsform gehören die Pneumologen zum Kernteam. Ergibt sich daraus eine stationäre Versorgung in einem Lungenzentrum sollte der Zusatz J99.- gemacht werden.</p>
<p>2.3.1.5.2.3 Buchstabe c) technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie.</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu</p>	
<p>2.3.1.5.2.4 Buchstabe d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Eine 24/7 Verfügbarkeit ist nicht erforderlich. Eine Rechtsherzkatheteruntersuchung ist nie eine Notfallindikation, sondern immer eine elektive diagnostische Maßnahme bei einer chronischen Erkrankung. Im Notfall ersetzt durch Echokardiografie. Siehe auch 2.3.1.5.1.4 Buchstabe d)</p>

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Änderungsvorschlag 2.3.1.5.2.4 Buchstabe e) Das Lungenzentrum muss eine Kooperation mit einem multiprofessionellen Palliativteam vorhalten oder ein solches am Standort vorhalten.</p>	<p>Die Behandlung von Patienten mit Lungengerüsterkrankungen in einem Lungenzentrum wird überwiegend schwerkranke Patienten einschließen. Die Zusammenarbeit mit Palliativversorgern ist bereits in den Lungenkrebszentren gefordert, die zwingend Teil eines Lungenzentrums sein müssen. Die Ausweitung der Zusammenarbeit zwischen Pneumologie und Palliativmedizin auch im nicht-onkologischen Bereich wird die Versorgung der Patienten mit Lungengerüsterkrankungen verbessern und den Zentrumscharakter stärken</p>
<p>Tuberkulose 2.3.1.5.3 Nummer 3 Vorhaltung einer Behandlungseinheit für seltene Infektionskrankheiten der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p>	

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5.3.1 Buchstabe a) Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose A15.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch o-der histologisch gesichert), A16.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert) oder A19.- (Miliartuberkulose),</p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschlag Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Bei einer jährlichen Zahl der Neudiagnosen von ca. 5000 Tuberkuloseerkrankungen und darunter 120 MDR-Erkrankungen halten wir die Zahl von 50 pro Zentrum für adäquat, um Expertise in der Behandlung zu dokumentieren.</p> <p>Der Vorschlag des UPV, Erregerspezifische Codes der Pneumonie mit aufzunehmen ist interessant, hat aber aus der Sicht der DGP und der DGT aktuell zwei Nachteile. Zum einen sind Exoten genannt (z.B. pulmonale Tularämie), die sicher durch die Definition einer seltenen Erkrankung hinreichend in Deutschland abgebildet sind.</p> <p>Auf der anderen Seite werden Virus-pneumonien genannt, zu der auch Infektionen mit Coronavirus SARS-CoV-2 gehören. Die sachlicher werdende Diskussion in Deutschland insbesondere um die Oxygenierungsmethoden bei CoVID-19 hat verdeutlicht, dass eine pneumologische Expertise bei Virus-pneumonien unabdingbar ist, aber die Versorgung der Bevölkerung sollte aktuell – zumindest bis zu einem Durchseuchungsgrad von mehr als 60% der Bevölkerung - in der Breite aufgestellt sein.</p> <p>Eine Inklusion von Virus-pneumonien würde somit aktuell operativ am Ziel vorbeiführen und wir empfehlen die Tuberkulose als <i>pars pro toto</i> für die Expertise bei Lungeninfektionen für die Definition von Lungenzentren zu belassen.</p>
<p>2.3.1.5.3.2 Buchstabe b) Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zum Nachweis von genotypischen Resistenzen sowie zur Resistenztestung, auch in Kooperation möglich,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Eine Bestimmung innerhalb von 24 Stunden ist nicht erforderlich, da i.d.R. bei Tuberkulosedagnostik eine Kooperation mit dem nationalen Referenzzentrum gesucht wird und diese Diagnostik i.d.R. nicht zeitkritisch ist.</p> <p>Siehe auch 2.3.1.5.3.8 Buchstabe h</p>
<p>2.3.1.5.3.3 Buchstabe c) eine getrennte Infektionsstation zur Behandlung von ansteckungsfähigen Tuberkulosen einschließlich Multi-drug resistant TB (MDR-TB) ist vorhanden</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	<p>Eine Infektionsstation ist aus hygienischen Gründen sinnvoll, da Tuberkulosepatienten häufig sehr lange stationär behandelt werden müssen. Eine nosokomiale Übertragung auf nicht infizierte Patienten kann durch eine getrennte Infektionsstation minimiert werden.</p> <p>Raumlufttechnische Anlagen - wie sie für eine Isolierstation gefordert werden – sind für eine Infektionsstation nicht erforderlich.</p>

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5.3.4 Buchstabe d) Möglichkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ansteckungsfähiger Tuberkulose auf einer Intensivstation,</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.5.3.5 Buchstabe e) Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie und mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB bei Bedarf auch in Kooperation zur Verfügung,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Die Verfügbarkeit einer Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort ist <u>nicht</u> erforderlich. Tuberkulose ist bei Kinder und Jugendlichen keine akute Erkrankung im Sinne eines Notfalles. Vielmehr sind Dosierung und Nebenwirkungsspektrum der Medikamente insbesondere für die Behandlung von MDR Tb mit erfahrenen Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin abzustimmen</p>

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5.3.6 Buchstabe f) Änderungsvorschlag Buchstabe f streichen</p> <p>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:</p> <p>i. Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit Verantwortung für die Krankenhaushygiene und</p> <p>ii. Fachärztin oder Facharzt entweder mit Zusatz Weiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und</p> <p>iii. Apothekerin oder Apotheker mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie o-der Fortbildung in ABS und</p> <p>iv. Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit Zuständigkeit für mikro-biologische Diagnostik.</p> <p>Haucinterne Leitlinien zur Behandlung von infektiologischen Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. CAP) müssen verfüg-bar sein.</p>	<p>Vorhaltung eines multidisziplinären Antibiotic Stewardship (ABS) ist nur in sehr wenigen Standorten in Deutschland außerhalb von Unikliniken realisiert und spielt darüber hinaus für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Tuberkulose-Erkrankungen keine Rolle.</p> <p>ABS ist ein Instrument zur Kontrolle des Antibiotikaverbrauches und -insatzes in der Klinik. Länge und Zusammensetzung der antituberkulösen Therapie richtet sich nach den aktuellen Leitlinien und ist i.d.R. 6-20 Monate lang. Hier braucht es den tuberkuloseerfahrenen Arzt, der über die Fallzahl und die Qualifikation als Facharzt hinreichend definiert ist.</p>
<p>2.3.1.5.3.7 Buchstabe g) 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</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5.3.8 Buchstabe h) Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Tuberkulose</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.5.4 Nummer 4 Mukoviszidose (Erwachsene) Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Erwachsene mit Mukoviszidose, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p>	
<p>Änderungsvorschlag 2.3.1.5.4.1 Buchstabe a) Kooperation mit einer Fachabteilung für Gastroenterologie oder Innere Medizin</p>	<p>Der Gedanke des Lungenzentrums ist nicht Versorgung, sondern übergeordnete Anlaufstelle für Problemfragen. Daher kann nicht die unmittelbare Versorgungsfrage Entscheidungskriterium sein, sondern die fachliche Expertise. Diese wird durch die Kooperation unter Einschluss eines Boards realisiert.</p>
<p>2.3.1.5.4.2 Buchstabe b) Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose Mukoviszidose (E84.0 Cystische Fibrose mit Lungenbeteiligung, E84.8- Zystische Fibrose, E84.9 Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet) und</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	
<p>2.3.1.5.4.3 Buchstabe c) Anwendung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>2.3.1.5.5 Nummer 5 pulmonale Hypertonie (pH) Vorhaltung einer Behandlungseinheit für pulmonale Hypertonie (pH), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p>	
<p>2.3.1.5.5.1 Buchstabe a) Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose pulmonale Hypertonie (I27.- Sonstige pulmonale Herzkrankheiten),</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	
<p>Änderungsvorschlag 2.3.1.5.5.2 Buchstabe b) Kooperation mit einer Fachabteilung für Innere Medizin oder Kardiologie</p>	<p>Der Gedanke des Lungenzentrums ist nicht Versorgung, sondern übergeordnete Anlaufstelle für Problemfragen. Daher kann nicht die unmittelbare Versorgungsfrage Entscheidungskriterium sein, sondern die fachliche Expertise. Diese wird durch die Kooperation unter Einschluss eines Boards realisiert.</p> <p>Siehe auch Punkt: 2.3.1.5.4.1 Buchstabe a)</p>
<p>2.3.1.5.5.3 Buchstabe c) Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren mit pH behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH bei Bedarf auch in Kooperation zur Verfügung,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	
<p>2.3.1.5.5.4 Buchstabe d) Möglichkeit zur Durchführung von Links- und Rechtsherzkatheter-Untersuchungen,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an. Eine 24/7 Verfügbarkeit ist nicht erforderlich</p>	<p>Links- und Rechtsherzkatheter sind bei pH selten akute Notfälle, sondern fast immer elektive diagnostische Maßnahme bei einer chron. Erkrankung. Im Notfall ersetzt die Echokardiografie, die Beurteilung der Rechtsherzbelastung. Bei der Problematik der akuten Minderperfusion der Koronararterien im Sinne einer ischämischen Kardiomyopathie, ist die Behandlung in eine Fachabteilung für Kardiologie indiziert.</p>

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Änderungsvorschlag 2.3.1.5.2.4 Buchstabe e) Das Lungenzentrum muss eine Kooperation mit einem multiprofessionellen Palliativteam vorhalten oder ein solches am Standort vorhalten.</p>	<p>Die Behandlung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie in einem Lungenzentrum wird überwiegend schwerkranke Patienten einschließen. Die Zusammenarbeit mit Palliativversorgern ist bereits in den Lungenkrebszentren gefordert, die zwingend Teil eines Lungenzentrums sein müssen. Die Ausweitung der Zusammenarbeit zwischen Pneumologie und Palliativmedizin auch im nicht-onkologischen Bereich wird die Versorgung der Patienten mit pulmonaler Hypertonie verbessern und den Zentrumscharakter stärken</p>
<p>2.3.1.5.6 Nummer 6 Lungenkrebs</p>	
<p>2.3.1.5.6 Nummer 6 Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt: a) Jährliche Behandlung von mindestens 200 Mindestprimärfällen (C34) pro Jahr und, b) Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren (Onkozert, Stand: 11.09.2019 Version G21 und c) das Lungenzentrum ist Kooperationspartner eines onkologischen Zentrums, welches die Qualitätsvorgaben der Anlage 2 erfüllt.</p> <p>Änderungsvorschlag Wir schließen uns der Formulierung der DKG mit einem modifizierten Unterpunkt C an und befürworten die Aufnahme einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs ausdrücklich.</p>	<p>Wir stimmen dem Vorschlag der DKG zu, weil die Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms untrennbar mit der Expertise eines Lungenzentrums verbunden sein muss. Lungenkrebs ist eine der häufigsten (ca. 60.000 neue Fälle in 2020) und aktuell immer noch tödlichsten Formen des Tumors. Die Versorgung der Patienten erfordert die gesamte diagnostische und therapeutische Bandbreite der hier beschriebenen Lungenzentren, insbesondere auch bei der Therapie von Komplikationen (Pleuramanagement, bronchiale Stenosierungen, Dyspnoemanagement, Palliativmedizin).</p> <p>Wir unterstützen den Punkt c) mit dem Zusatz, dass ein Lungenzentrum alternativ einen eigenen onkologischen Schwerpunkt entsprechend den Kriterien eines zertifizierten Lungenkrebszentrums nach Unterpunkten a) und b) darstellen kann.</p>
<p>2.3.1.5.7 Nummer 7 Schlafmedizin</p>	

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Schlafmedizin, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p> <p>a) Vorhaltung eines Schlaflabors gemäß Leitfaden und Kriterien für die Akkreditierung von Schlaflaboren der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) Stand: Somnologie, 21: S. 200-209, 20172 zur stationären Versorgung von Patienten, bei denen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Verfahren ausgeschöpft sind oder - schwere Begleiterkrankungen vorliegen oder - ein erhöhter Betreuungs/Überwachungsaufwand besteht und <p>b) Leitung des Schlaflabors durch einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin der Ärztekammer oder - mit Qualifikationsnachweis Somnologie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und -medizin (DGSM) (Stand: 03. September 2013) oder - Qualifikation Somnologist der European Sleep Research Society (ESRS) (Stand: 07. Oktober 2013) und <p>c) das Schlaflabor verfügt über eigene, als Einzelplatzräume ausgestattete Räume und</p> <p>d) Vorhaltung polysomnographischer Messtechnik mit kontinuierlicher Überwachung mit mindestens den folgenden Messverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierlicher Ableitung der Hirnströme mittels Elektroenzephalogramm, - Langzeit EKG, - Elektromyogramm, - Elektrookulogramm, - Pulsoxymetrie, - Atemflussmessung nasal und oral und - Atemexkursionen von Thorax und Abdomen. <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an und befürworten die Aufnahme einer Behandlungseinheit für Schlafmedizin ausdrücklich.</p>	<p>Die pneumologische Schlafmedizin kann in Teilen, jedoch nicht vollständig ambulant durchgeführt werden. Daher ist auch stationäre Expertise weiter notwendig. Der stationären Diagnostik und Therapie bedürfen Patientinnen/Patienten mit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wesentlichen Begleiterkrankungen, 2. bei denen ambulante Methoden nicht ausreichend waren, 3. begleitenden, nicht pneumologischen schlafmedizinischen Erkrankungen, 4. Risiko für begleitende ventilatorische Insuffizienz (COPD-OSA-Overlap, neuromuskuläre Erkrankungen, Obesitas-Hypoventilationssyndrom). <p>Das Lungenzentrum soll die Aufgabe der übergeordneten Anlaufstelle bei komplexen Krankheitskonstellationen haben, die ambulant oder in anderen stationären Einheiten nicht hinreichend zu lösen sind. Angesichts der hohen Zahl der Patienten und den Limitationen der ambulanten Möglichkeiten für komplexe Konstellationen ist mit einem nicht unerheblichen Bedarf an Beratung und Unterstützung durch ein spezialisiertes Zentrum auszugehen.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Lungenzentren

5.9 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)



Stellungnahme zur 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

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)	
6.9.2020	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Die Stellungnahme der DGSM erfolgt zu Anlage 7:</p> <p>(5) Spezialisierungen am Standort</p> <p>Seitens der DGSM wird vorgebracht, dass die Vorhaltung einer Behandlungseinheit zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (SBAS) als Spezialisierung am Standort einbezogen wird (s. dazu auch die Stellungnahme der DKG):</p> <p>Folgende Mindestanforderungen müssen erfüllt werden:</p> <p>a) Vorhaltung eines Schlaflabors gemäß Leitfadens und Kriterien für die Akkreditierung von Schlaflaboren der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)</p> <p>Stand: Somnologie, 21: S. 200-209, 2017 zur stationären Versorgung von Patienten, bei denen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Verfahren ausgeschöpft sind oder - schwere Begleiterkrankungen vorliegen oder - ein erhöhter Betreuungs-/ Überwachungsaufwand besteht unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen, den vollstationären Krankenhausaufenthalt zur Durchführung einer Polysomnographie betreffend. <p>b) Leitung und stellv. Leitung des Schlaflabors durch einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin der Ärztekammer oder mit Qualifikationsnachweis Somnologie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (Stand: 03. September 2013) oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualifikation Somnologist der European Sleep Research Society (ESRS) (Stand: 7. Oktober 2013) und <p>c) das Schlaflabor verfügt über eigene, als Einzelzimmer ausgestattete Räume und</p> <p>d) Vorhaltung polysomnographischer Messtechnik mit kontinuierlicher Aufzeichnung und Überwachung mit mindestens den folgenden Messverfahren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atmung mit Atemflussmessung nasal und oral oder Maskendruckmessung bei PAP-Therapie und Atmungsexkursionen von Thorax und Abdomen 2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins) 3. Elektrokardiographie (EKG) 4. Aufzeichnung der Körperlage 	<p>Die Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen ist integraler Bestandteil der Pneumologie. Deshalb bedürfen SBAS-Patientinnen und Patienten einer differenzierten und häufig auch langfristigen pneumologischen Betreuung. In den meisten Fällen ist diese im Rahmen eines ambulanten Settings möglich. Für die Betroffenen, bei denen eine komplexe Störung vorliegt, insbesondere infolge von Komorbiditäten und bei denen die konventionellen therapeutischen Maßnahmen nicht zielführend sind, ist eine intensivierte Betreuung erforderlich. Diese kann nur stationär in einem übergeordneten Zentrum erfolgen, analog zu den Patientinnen und Patienten der übrigen aufgelisteten Schwerpunkte.</p> <p>So benötigen ca. 1 Mio. Menschen in Deutschland eine nächtliche Atmungsunterstützung (CPAP-Therapie) bei nachgewiesener schlafbezogener Atmungsstörung. Bei ca. 15% davon ergeben sich Probleme, die einer intensivierten Betreuung bedürfen, um einen Therapieabbruch zu vermeiden. Ein Lungenzentrum sollte auch auf die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten ausgerichtet sein.</p> <p>Andererseits kann ein Lungenzentrum nicht allen Kriterien der schlafmedizinischen Versorgung gerecht werden, da es neben den SBAS eine große Anzahl weiterer Schlafstörungen gibt, wie Insomnien, schlafbezogene Bewegungsstörungen, Parasomnien, schlafbezogene circadiane Rhythmusstörungen und Hypersomnolenzen, die der Betreuung durch andere schlafmedizinisch spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte bedürfen. Auf die Diagnostik und Therapie dieser Schlafstörungen ist ein Lungenzentrum nicht ausgerichtet. Um der interdisziplinären Grundstruktur der Schlafmedizin gerecht zu werden, sollen die Lungenzentren regelmäßige Fallkonferenzen mit Vertretenden anderer schlafmedizinischer Disziplinen durchführen, da bei SBAS-Betroffenen</p>

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)	
6.9.2020	
<p>5. Elektrokulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen</p> <p>6. Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen</p> <p>7. Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen</p> <p>8. Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens</p> <p>gem. Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen,</p> <p>ergänzt um</p> <p>9. nächtliche CO2-Messung</p> <p>e) Das Schlaflabor nimmt am Qualitätsmanagement der DGSM teil https://www.dgsm.de/akkreditierung.php?language=german.</p> <p>f) Jährlich werden mindestens 250 schlafmedizinische Patientinnen und Patienten betreut.</p> <p>g) In regelmäßigen Abständen (mindestens 1x pro Quartal) werden Fallkonferenzen in einem schlafmedizinischen Board, bestehend aus Schlafmedizinern und Schlafmedizinerinnen aus den Fachgebieten Kardiologie, HNO, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Allgemeinmedizin durchgeführt, um interdisziplinäre Fragestellungen bei schlafmedizinischen Patientinnen und Patienten zu erörtern.</p> <p>Dr. Alfred Wiater/DGSM-Vorstandsreferent Mail: DGSM-Wiater@t-online.de Tel.: 0171 5493916</p>	<p>auch andere Schlafstörungen bestehen können.</p>

5.10 Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)



Stellungnahme zur 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

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.	
09.09.2020	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Änderungen in den §§ 3 und 5 sowie in den Anlagen 6,7,8 und 9	
Die DIVI hat die Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) betrachtet. Dabei sind Formulierungen aufgefallen, die aus intensivmedizinischer und damit interdisziplinärer Sicht zu diskutieren und ggf. zu ändern sind. Insgesamt erscheint es nicht zielführend im Sinne einer qualitätsorientierten und patientenzentrierten Behandlung Abgrenzungstendenzen einzelner Fachgebiete zu unterstützen.	
Anlage 2 TrGr_Zentrums-Regelungen bzgl. Anlage 6 Neurovaskuläres Zentrum Seite 2 unter 3.	
Aus Sicht der DIVI sollte die eigenständige Leitung durch Neurologie oder Neurochirurgie der Intensivstation eines neurovaskulären Zentrums keine conditio sine qua non sein. Hier ist auch eine interdisziplinäre Leitung sehr gut möglich und wird auch an einigen Standorten mit Erfolg praktiziert.	
Anlage 2 TrGr_Zentrums-Regelungen bzgl. Anlage 7 Lungenzentren 2.3.1.1.4 Nummer 4	
2.3.1.1.4.1 Buchstabe a)	
Hier wird lediglich auf das Weaningzertifikat der DGP Bezug genommen. Das Weaningzertifikat der DGAI ist hier nicht aufgeführt, sollte aber auch einen Teil der Diskussionsgrundlage darstellen, da sich das DGAI-Zertifikat insbesondere in den Bereichen Personal und Technik durch höhere Qualitätsanforderungen vom DGP-Zertifikat unterscheidet.	
Aus Sicht der DIVI sollte die eigenständige Leitung durch Pneumologen der Weaningeinheit/Intensivstation eines Lungenzentrums keine conditio sine qua non sein. Hier ist auch eine interdisziplinäre Leitung sehr gut möglich und wird auch an einigen Standorten mit Erfolg praktiziert.	
Nach Ansicht der DIVI ist eine Intensiveinheit von lediglich 6 ITS Betten in der Anzahl der Betten für eine Weaningeinheit zu gering bemessen. Eine ITS mit 6 Betten entspricht auch nicht den Zertifikatanforderungen an eine Weaningeinheit. Die DIVI schlägt als alternative Lösung vor, eine Kooperation mit zertifiziertem Weaningzentrum zu etablieren.	
2.3.1.1.4.3 Buchstabe c)	
Aus Sicht der DIVI erscheint eine Verfügbarkeit eines Atmungstherapeuten an 6 von 7 Tagen für das Erreichen des medizinischen Ziels ausreichend.	
2.3.1.1.4.7 Buchstabe h)	
Die DIVI unterstützt ausdrücklich die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung. Allerdings muss das Führen eines Weaningregister bei verpflichtender Eingabe DGP unabhängig werden.	

5.11 Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)



Stellungnahme zur 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

<p>Deutsche Krebsgesellschaft e.V.</p> <p>08.09.2020</p> <p>Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. unterstützt die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen). Die in Anlage 2 gelungene Zusammenfassung aller onkologischen Erkrankungen in Onkologischen Zentren ist für PatientInnen und BehandlerInnen ein wichtiges Zeichen und zeigt den Stellenwert einer einheitlichen und qualitätsgesicherten Behandlung in einem Zentrum. Die Anforderungen an die Onkologischen Zentren werden durch wissenschaftliche Publikationen unterstützt, die zeigen, dass eine Reduktion der krankheitsspezifischen Mortalität und Morbidität erreicht wird, wenn die Behandlung der PatientInnen in einem zertifizierten Zentrum erfolgt [1-8]. Somit nehmen die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Onkologischen Zentren (Anlage 2) eine Sonderstellung ein, da sie auf bereits positiv evaluierten Vorgaben aufbauen können.</p> <p>In diesem Sinne gehört auch die häufige Diagnose Lungenkrebs in das Behandlungsspektrum der Onkologischen Zentren. Die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs macht die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen notwendig. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren in besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie oder auch Palliativmedizin. Gleichzeitig findet, historisch aus den früheren Tuberkulose-Kliniken entstanden, die Betreuung der Lungenkrebspatienten auch in eigenständigen Gebäudekomplexen oder Kliniken statt. Diese Besonderheit ist ausschließlich für die Entität Lungenkrebs zutreffend und für keine andere onkologische Erkrankung.</p> <p>Für den Fall, dass, bedingt durch die regionalen Strukturen, eine Betreuung der PatientInnen mit Lungenkrebs an dem Standort des Onkologischen Zentrums entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen nicht möglich ist, befürwortet die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. die Betreuung der PatientInnen in einem Lungenzentrum, ausschließlich dann, wenn die qualitativen und quantitativen Voraussetzungen entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen erfüllt sind. PatientInnen mit Lungenkrebs müssen die Sicherheit haben, dass für ihre Erkrankung in allen ausgewiesenen Strukturen die gleichen qualitativen und quantitativen Maßstäbe angewendet und erfüllt werden.</p> <p>1. Butea-Bocu, M.C., Müller, G., Pucheril, D. et al. Is there a clinical benefit from prostate cancer center certification? An evaluation of functional and oncologic outcomes from 22,649 radical prostatectomy patients. <i>World J Urol</i> (2020). https://doi.org/10.1007/s00345-020-03411-9</p> <p>2. Hoffmann H, Fasslick B, Ukena D, Wesselmann S. Chirurgische Therapie des Lungenkarzinoms: Argumente für die Behandlung in großen Zentren. <i>Zentralblatt für Chirurgie – Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie</i> 2019. DOI: 10.1055/a-0806-8021.</p> <p>3. Trautmann F, Reißfelder C, Pecqueur M, Vietz J, Schmitt J. Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care. <i>Eur J Surg Oncol</i>. 2018. doi: 10.1016/j.ejso.2018.05.013.</p> <p>4. Völkel V, Draeger T, Gerken M, Fürst A, Klinikhammer-Schalke M. Langzeitüberleben von Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen: Ein Vergleich von Darmkrebszentren und nicht-zertifizierten Krankenhäusern. <i>Gesundheitswesen</i>. 2018. DOI: 10.1055/a-0591-3827</p> <p>5. Weinhold I, Keck T, Merseburger A, Rody A, Wollenberg B, Wende D, Hackl D, Eisner C. [Utility Analysis of Oncological Centre Building in the Field of Colorectal Cancer]. <i>Zentralbl Chir</i>. 2016;143(2):191-92</p>

1

<p>Deutsche Krebsgesellschaft e.V.</p> <p>08.09.2020</p> <p>6. Kreienberg R, Wöckel A, Wischniewsky M. Highly significant improvement in guideline adherence, relapse-free and overall survival in breast cancer patients when treated at certified breast centres: An evaluation of 6323 patients. <i>The Breast</i> 40 (2019): 54-59</p> <p>7. Haj A, Doenz C, Schebesch K-M, Ehrensberger D, Hau, P., Putnik K, et al. Extent of Resection in Newly Diagnosed Glioblastoma: Impact of a Specialized Neuro-Oncology Care Center. <i>Brain Science</i>. 2017;8 (5).</p> <p>8. Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, Rauh C, Bani MR, Knob S, Petsch S, Schick S, Fasching PA, Hartmann A, Lux MP, Haberle L. Quality assured health care in certified breast centers and improvement of the prognosis of breast cancer patients. <i>Onkologie</i>. 2011;34(7):362-7.</p>	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu Anlage 7 – Lungenzentren, § 1 (3) Forschungstätigkeit und Vernetzung</p> <p>Ergänzung eines weiteren Punktes:</p> <p>4 Das Lungenzentrum weist eine Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen nach</p>	
	<p>Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. befürwortet die Hinzunahme eines 4. Punktes in die obligat nachzuweisenden Anforderungen an die Forschungstätigkeit und Vernetzung. Mit der Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum, das entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen ausgewiesen ist, wird die Zusammenarbeit im Sinne von übergreifend arbeitenden Netzwerken gefordert.</p>
<p>Zu Anlage 7 – Lungenzentren, § 1 (4) Mindestfallzahlen</p> <p>Ergänzung der Position GKV-SV/KBV</p> <p><u>Position GKV-SV / KBV</u> „Es werden jährlich mindestens 1.300 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose behandelt (Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: J40-J47, J60-J70, J82 oder J84-). Die Hauptdiagnose C34 kann für das Erreichen der Mindestfallzahlen gezählt werden, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: 1. Behandlung von mindestens 200 Primärfällen mit Erstdiagnose (C34) pro Jahr und 2. Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren (Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Stand: 11.09.2019 Version G2) und 3. das Lungenzentrum ist Kooperationspartner eines Onkologischen Zentrums, welches die Qualitätsvorgaben der Anlage 2 erfüllt.“</p>	
	<p>Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. unterstützt ausschließlich die Position des GKV-SV/KBV und befürwortet die Hinzunahme der Hauptdiagnose C34 in den Geltungsbereich eines Lungenzentrums, wenn nachweislich aufgrund der regionalen und strukturellen Besonderheiten eine Betreuung am Standort des kooperierenden Onkologischen Zentrums, entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen, nicht möglich ist.</p> <p>Im Sinne einer Gleichbehandlung aller PatientInnen ist es dafür jedoch notwendig, dass die Anforderungen an die zu erbringende Qualität und Quantität in einem Lungenzentrum nicht hinter den bereits konsentierten Inhalten der Zentrumsregelungen, Stand BAnz AT 12.03.2020 B2 zurückbleibt. Dafür ist der Nachweis der Erfüllung der Punkte 1-3 zu erbringen.</p>

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.	
08.09.2020	
Zu Anlage 7 – Lungenzentren § 1 (5) Spezialisierungen am Standort, 6.	
<p>Streichung der Position DKG / LV „oder 6. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt: a) Jährliche Behandlung von mindestens 200 Mindestprimärfällen (G34) pro Jahr und Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren – (Onkozen, Stand: 11.09.2019 Version G21 und e) das Lungenzentrum ist Kooperationspartner eines onkologischen Zentrums, welches die Qualitätsvorgaben der Anlage 2 erfüllt.“</p>	<p>Die Deutsche Krebsgesellschaft spricht sich für eine Streichung der Position DKG/LV aus. Die Position der DKG/LV sieht vor, dass die Behandlung der PatientInnen mit Lungenkrebs für das Erreichen der Mindestfallzahlen gezählt werden kann (siehe § 1 (4) Mindestfallzahlen Position DKG/LV), dass aber der Nachweis der qualitativen und quantitativen Voraussetzungen lediglich fakultativ erbracht wird (vgl. § 1 (5) Spezialisierungen am Standort. Es sind mindestens zwei der folgenden sieben Spezialisierungen am Standort vorhanden).</p> <p>Damit würden für PatientInnen mit Lungenkrebs ungleiche Behandlungsvoraussetzungen ermöglicht: in einem Lungenzentrum müsste die Kompetenz, so wie sie in Anlage 2 der Zentrums-Regelungen bereits beschlossen ist, nicht erfüllt werden. Dieses Vorgehen ist aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft im Sinne aller PatientInnen unbedingt abzulehnen.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

5.12 Stellungnahme Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)



Stellungnahme zur 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

Hier: Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)	
04.09.2020	
Änderungsvorschläge	Begründung
Änderung bei Kriterium 3 (Intensivstation): „Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung des neurologischen, neurochirurgischen und neuroradiologischen Sachverständs.“	Die Anforderung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit ständiger Verfügbarkeit eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" hat zu einer Bündelung der intensivmedizinischen Strukturen, auch bei Maximalversorgern geführt → zahlreiche Intensivstationen werden interdisziplinär geführt, häufig anästhesiologisch/ internistisch organisiert mit gemeinsamer fachlicher Leitung mit der Neurologie/Neurochirurgie. Die vorherige Formulierung ist konfliktanfällig, da nicht operationalisiert ist, was eine „fachliche Leitung“ ausmacht.
Änderung bei Kriterium 5.2.b-c (Mindestfallzahlen): „80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysmaausschaltung, davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping“	Die vorherige Forderung von mindestens 40 Clippings beinhaltet die Gefahr von Fehlanreizen in der interdisziplinären Indikationsstellung.

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft	
04.09.2020	
Zustimmungen	Begründung
Kriterium 1 (Fachabteilungen): Zustimmung zum Vorschlag der GKV-SV / KBV / PatV / LV	so auch von uns vorgeschlagen

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft	
04.09.2020	
Kriterium 2 (Neuroradiologie): Zustimmung	so auch von uns vorgeschlagen
Kriterium 4 (Monitorbetten, i.v. Thrombolyse): Zustimmung zum Vorschlag „8 Monitor-Betten“ und „Thrombolyse jederzeit durchführbar (24/7)“	so auch von uns vorgeschlagen
Kriterien Qualitätsmanagement, Forschungstätigkeit, Vernetzung, Kooperationen Zustimmung zu den Vorschlägen der GKV	so auch von uns vorgeschlagen
Kriterium 5.1, 5.2.a, 5.2d-e (Mindestfallzahlen): Zustimmung zu den Vorschlägen der GKV, aber: beachte Änderungsvorschläge unter Kriterium 5.2.b-c (Aneurysmen, siehe oben)	so auch von uns vorgeschlagen

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.

5.13 Stellungnahme der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)

Von: [Hoyer, Peter](#)
An: [AWMF | Geschäftsstelle](#)
Betreff: AW: AWMF | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Zentrums-Regelungen - 2. Aussendung
Datum: Dienstag, 8. September 2020 09:45:28

Sehr geehrte Damen und Herren,
leider sind die Anlagen nicht zu öffnen, da sie von unserer Firewall eliminiert wurde,
Es sind nur docx und pdf Formate möglich.

Die Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie war im Oktober 2019 bei der Anhörung in Berlin und hat nachdrücklich für Kinderneurologische Zentren plädiert, da nur so die ganzheitliche Versorgung nierenkranker Kinder und Jugendlicher gewährleistet werden kann, .d.h. von der Niereninsuffizienz, über die Dialyse, Transplantation und Transplantationsnachsorge. Die Versorgungsnotwendigkeit ist analog zur z.B. Kinderonkologie oder Kinderlungenzentrum zu sehen.

Univ.- Prof. Peter F. Hoyer
Vorsitzender der GPN
Klinik für Kinderheilkunde 2
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Essen

Von: office@gpn.de <office@gpn.de>
Gesendet: Montag, 17. August 2020 12:40
An: Hoyer, Peter <Peter.Hoyer@uk-essen.de>; lutz.weber@uk-koeln.de
Betreff: WG: AWMF | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Zentrums-Regelungen - 2. Aussendung

Zur Info

Von: AWMF | Geschäftsstelle <office@awmf.org>
Gesendet: Montag, 17. August 2020 12:39
An: AWMF <st-gba@awmf.org>
Cc: dirk.hollstein@g-ba.de; AufgabenZS@g-ba.de
Betreff: WG: AWMF | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Zentrums-Regelungen - 2. Aussendung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir leiten Ihnen die Unterlagen (8 Dokumente im ZIP-Ordner + Anschreiben) des G-BA zu den geplanten Änderungen der „Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (Zentrums-Regelungen)“ weiter.

Dies ist die zweite Aussendung mit einem erweiterten Verteiler. Sollten Sie diese Nachricht bereits erhalten haben (1. Aussendung: 13.08.2020) beachten Sie bitte das Folgende: Die Anlagen und Fristen sind gleich geblieben. Aber: Eine Kommentierung zu §3 und §5 nimmt der G-BA nur von der AWMF entgegen, bitte alle Argumente für diese Paragraphen direkt an die

5.14 Stellungnahme der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)



Stellungnahme zur Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrumsregelungen): Änderungen in den §§ 3 und 5 sowie in den Anlagen 6, 7, 8 und 9

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	
7. September 2020	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu Anlage 9 §1 Qualitätsanforderungen:</p> <p>Eine Ausweisung in einem Landeskrankenhausplan ist kein Qualitätsmerkmal, zumal die Ausweisung der Kinderonkologien und die Kriterien hierzu in den Landeskrankenhausplänen der verschiedenen Länder völlig heterogen sind.</p> <p>Änderungsvorschlag: analog zu Anlage 2 Qualitätsanforderungen §1 (1) 4.</p> <p>Die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderonkologie) sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) (in Anlage 2, Anforderungen an onkologische Zentren) sind zu erfüllen.</p>	<p>Wie bereits in unserer schriftlichen Stellungnahme vom 13.9.2020 und unserer mündlichen Stellungnahme vom 25.10.2020 zum damaligen Beschlussentwurf zur Zentrumsregelung geäußert, war zum 1.1.2020 nur ein Teil der Kinderonkologien in Deutschland in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen ihrer Länder ausgewiesen. Eine Durchsicht aller Landeskrankenhauspläne zum 1.1.2020 sowie eine Umfrage der GPOH hierzu hat erbracht, dass tatsächlich weniger als die Hälfte der Kinderonkologien zum damaligen Zeitpunkt in den Landeskrankenhausplänen ihrer Länder ausgewiesen waren. So war bspw. keine der Kinderonkologien in Bayern im Landeskrankenhausplan ausgewiesen. Durch die Anforderung der Eintragung in den Landeskrankenhausplan als Qualitätskriterium wird vorab ein großer Teil der Kinderonkologien von der Vergütung besonderer Ausgaben ausgeschlossen.</p> <p>Durch das Verschieben der Ausformulierung der Anlage 09 „Kinderonkologische Zentren“ entgeht denjenigen Kinderonkologien, die im Landeskrankenhausplan ihrer Länder zum 1.1.2020 zwar ausgewiesen waren, auch im Jahre 2021 die Möglichkeit, besondere Aufgaben in der Kinderonkologie, die nicht in Anlage 2 (Onkologische Zentren) definiert sind, vergütet zu bekommen. Hierbei handelt es sich um Aufgaben, die durch die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie von kinder-onkologischen Zentren gefordert werden und deren Vergütung im DRG-System nicht adäquat abgebildet ist. Dazu gehören Aufgaben wie Vorhaltung einer zellbiologischen Laboreinheit, Aufwendungen für die Referenzdiagnostik vor Ort, der zusätzliche Aufwand, der mit der Durchführung einer Therapieoptimierungsstudie verbunden ist, sowie die Meldung kinder-onkologischer Fälle an das Kinderkrebsregister in Mainz. Dass diese Leistungen nicht in den DRGs abgebildet werden, wurde vom Obergerverwaltungsgericht Münster am 27.10.2017 entschieden (13A2563/17) und vom Bundesverwaltungsgericht am 28.8.2019 (3 B 5.18) bestätigt.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	„Wir nehmen teil“
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

5.15 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie



DGH • Straße des 17. Juni 106-108 • 10623 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
z.H. Dominik Müller und Dirk Hollstein
Gutenbergstraße 13
D-10587 Berlin

DGH-Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106-108
Eingang Bachstraße, 8. OG
10623 Berlin
Tel: +49 (30) 340 60 36 66
Fax: +49 (30) 340 60 36 68
E-Mail: sekretariat@dg-h.de
Internet: www.dg-h.de

vorab per Mail an die AWMF Geschäftsstelle

E-Mail: st-gba@awmf.org

Berlin, 04.09.2020

Zusendung der Unterlagen des G-BA zu den geplanten Änderungen der „Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (Zentrums-Regelungen)“
Ihre E-Mails vom 13.08.2020 und 17.08.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, am Stellungnahmeverfahren für 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, teilzunehmen.

Die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) hat keine Kommentierungen zu den vorgeschlagenen Änderungen, da diese unserer Gesellschaft inhaltlich fachfremd sind.

Die DGH möchte an dieser Stelle jedoch auf eine Problematik ihres eigenen Fachbereiches hinweisen und eine mögliche Änderung des Gesetzestextes zur Diskussion stellen. Dies betrifft Anlage 3 – „Anforderungen an Traumazentren“ §1 Absatz 4.2.d.

Hier erging mittlerweile von einzelnen Krankenkassen die Bitte an die DGH, eine Liste der am HandTraumaRegister (HTR) der DGH teilnehmenden Kliniken zur Verfügung zu stellen – eine Bitte, der unsere Fachgesellschaft selbstverständlich gerne nachkommt. In der weiteren Kommunikation ergab sich dann, dass die alleinige Anmeldung zur Teilnahme an diesem Register überhaupt kein Qualitätskriterium für die Klinik ist, da die Anmeldung nicht automatisch bedeutet, dass diese Klinik auch tatsächlich Behandlungsdaten in das Register einpflegt.

Die DGH empfiehlt daher, dieses Qualitätskriterium in der Ausformulierung dahingehend weiter zu konkretisieren, dass im Gesetzestext auch die aktive Eingabe von Verletzungs- und Behandlungsdaten in das HandTraumaRegister der DGH gefordert wird.

Des Weiteren bittet die DGH auch darum, das Qualitätskriterium Anlage 3 – „Anforderungen an Traumazentren“ §1 Absatz 4.2.a nochmals zu überdenken. In diesem Qualitätskriterium ist die Anzahl der Fachärztinnen oder Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie, die eine Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen vorhalten muss, nicht weiter spezifiziert. Eine solche Behandlungseinheit muss die spezialisierte Versorgung schwerer Handverletzungen und Replantationen 24/7 gewährleisten. Ein einzelner Spezialist kann diese Anforderung aber nicht erfüllen.

Dies veranlasste die Federation of the European Societies for Surgery of the Hand (FESSH), auf deren Kriterien für die Zertifizierung eines Hand Trauma Centers in den tragenden Gründen 2.9.1.4.2 verwiesen wird, dazu, eine Mindestanzahl von drei spezialisierten Handchirurgen zu fordern.

Nur dann kann eine dem handchirurgischen Standard qualitativ gute Versorgung von schweren Handverletzungen und Amputationen an 24 Stunden an jedem Tag des Jahres durch ein Hand Trauma Zentrum gewährleistet werden.

In Analogie empfiehlt die DGH daher, diese Mindestzahl in den Gesetzestext der Qualitätskriterien für eine Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen in der Anlage 3 unter §1 Absatz 4.2.a aufzunehmen.

Für Rückfragen steht Ihnen die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie, namentlich der Generalsekretär der Gesellschaft, gerne zur Verfügung.

Herzliche Grüße,



Jörg van Schoonhoven
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

5.16 Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

Von: [Jutta Erndl](mailto:jutta.erndl@awmf.org)
An: st-gba@awmf.org
Cc: AufgabenZS@g-ba.de; [Birgit Mele](mailto:Birgit.Mele)
Betreff: WG: AWMF | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Zentrums-Regelungen - 2. Aussendung
Datum: Dienstag, 25. August 2020 15:06:34
Anlagen: [image001.jpg](#)
[image002.png](#)
[image003.png](#)
[image004.png](#)
[image005.png](#)

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihrer Aufforderung zur Stellungnahme bzgl. der Änderung der Zentrums-Regelungen möchten wir wie folgt nachkommen:

Die DOG unterstützt die Variante GKV-SV / KBV / PatV ausdrücklich, weitere Ergänzungen werden unsererseits nicht gefordert.

Mit freundlichen Grüßen
Jutta Erndl

Platenstr. 1 / Eingang Kobellstr.
80336 München
Tel.: +49 (089) 5505 768-16
Fax: +49 (089) 5505 768-11
jutta.erndl@dog.org
www.dog.org

von-graefe.dog.org

cid:image002.jpg@01D5AE99.82ED5980



DOG Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft
Registergericht: Amtsgericht Mannheim, VR 330105
Geschäftsführer: Dr. Dipl.-Kfm. Philip Gass



5.17 Stellungnahme Deutsche Röntgengesellschaft – Gesellschaft für medizinische Radiologie e.V. (DRG), Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie in der DGR (DeGIR), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)



Stellungnahme zur 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

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Röntgengesellschaft – Gesellschaft für medizinische Radiologie e.V. (DRG), der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie in der DRG (DeGIR) und der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)	
04.09.2020	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme.</p> <p>Grundsätzlich weisen wir darauf hin, dass die Radiologie als Querschnittsfach an der Patientenversorgung in vielen Zentren beteiligt ist. Ein zentrales Merkmal aller Zentren ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders kompetenter oder erfahrener Kolleg*innen in einer qualitätsgesicherten Organisationsstruktur. Aus diesem Grund sprechen sich die DRG, DeGIR und GPR dafür aus, bei den Qualitätsanforderungen grundsätzlich die Verfügbarkeit <u>aller</u> erforderlichen Fachdisziplinen und deren besondere Qualifikationen festzulegen. Dabei sollten durchgängig einheitlich und klar definierte Qualifizierungsstufen verwendet werden und etablierte Zertifizierungssysteme berücksichtigt werden.</p> <p>Im Folgenden kommentieren wir im Detail die Anlage 7 (Lungenzentren). Zu Anlage 6 (Neurovaskuläre Zentren) verweisen wir auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neuro-radiologie e.V. (DGNR), die von den stellungnehmenden Fachgesellschaften uneingeschränkt unterstützt wird.</p>	
<p>Anlage 7 – Lungenzentren Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Im gesamten Beschlussentwurf war für uns nicht nachvollziehbar, warum die Ausgestaltung einer Endoskopieeinheit (die z.B. 24/7 zur Verfügung stehen müsste) nicht in Betracht gezogen wurden. Darüber hinaus ist die Qualität der Bildgebung, die in Lungenzentren eine zentrale Rolle für die Versorgung spielt, an keiner Stelle berücksichtigt. Wir bieten unsere Hilfe bei der Ausgestaltung dieser zwei Punkte an, wenn dies gewünscht ist.</p>	
<p>§ 1 Qualitätsanforderungen (1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:</p> <p>2.3.1.1.2 Nummer 2 mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der neuen Formulierung zu.</p>	

<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Röntgengesellschaft – Gesellschaft für medizinische Radiologie e.V. (DRG), der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie in der DRG (DeGIR) und der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)</p>	
<p>04.09.2020</p>	
<p>2.3.1.2 Absatz 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.</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der neuen Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.3.3 Nummer 3 das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der neuen Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.5.1.3 Buchstabe 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 α1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden.</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der neuen Formulierung zu.</p>	
<p>2.3.1.5.2.1 Buchstabe a) Board für interstitielle Lungen-erkrankungen 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.</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung von GKV-SV / KBV / PatV mit minimaler Änderung zu (telemedizinische Anbindung FA f. Pathologie)</p>	

<p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Röntgengesellschaft – Gesellschaft für medizinische Radiologie e.V. (DRG), der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie in der DRG (DeGIR) und der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)</p>	
<p>04.09.2020</p>	
<p>2.3.1.5.3.5 Buchstabe e) Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie und mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB bei Bedarf auch in Kooperation zur Verfügung.</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung der DKG mit minimaler Änderung zu (... unter 18 Jahren). Telemedizinisch können Fachärztin/Facharzt im Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie hinzugezogen werden.</p>	

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Röntgengesellschaft – Gesellschaft für medizinische Radiologie e.V. (DRG)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am TT. Monat JJJJ statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

5.18 Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.	<i>Association of the Scientific Medical Societies in Germany</i>	
---	---	---

Berlin, 09.09.2020

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AMWF) zum Beschlussentwurf 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 Stand 11.08.2020**

Die AMWF wurde am 12.08.2020 um eine Stellungnahme zu dem oben genannten Beschlussentwurf gebeten. Der G-BA hat in Bezug auf die Änderungen in den §§ 3 und 5 nur die AMWF zur Stellungnahme aufgefordert, da es sich um einen methodenübergreifenden Beschlussgegenstand handelt.

Die AMWF hat ihrerseits ihre thematisch befassten Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Die bis einschließlich 09.09.2020 bei der AMWF eingegangenen Antworten/Stellungnahmen von 14 Mitgliedsfachgesellschaften sind der Stellungnahme der AMWF als Anlage beigefügt (s. Anlage 1). Diese äußern sich auch zu weiteren Aspekten, die wir ebenfalls zu berücksichtigen bitten.

Allgemeine Anmerkungen

Die Berücksichtigung der in den Zentrumsbeschreibungen bislang fehlenden Fachvertreter*innen mit konkretisierenden Anforderungen halten wir im Sinne einer umfassenden interdisziplinären Versorgung für wichtig, ebenso die kritische Würdigung von möglichen Fehlanreizen bei gesetzten Mindestmengen. Die besonderen Belange der Kinder- und Jugendmedizin (siehe Stellungnahmen DGKJ, GPOH) sollten Berücksichtigung finden.

Kommentar der AMWF zu den Änderungen §§3 und 5

§3

(7) Sofern die Länder bereits vor dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses im Krankenhausplan besondere Zentrumsaufgaben dieser Regelungen ausgewiesen und festgelegt haben, haben die betroffenen Krankenhäuser die vom G-BA normierten Qualitätsanforderungen innerhalb von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten der Anlagen 1 bis 5 **sowie innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten von Qualitätsanforderungen des G-BA** in den weiteren Anlagen zu erfüllen

Die AMWF empfiehlt, bei der Rückkehr zu den außerhalb der COVID-19-Pandemie geltenden Fristen in der Formulierung eine mögliche neue Welle der Pandemie mitzudenken. Wir verweisen hierzu auch auf unsere Stellungnahme vom 22.04.2020 in Bezug auf den erforderlichen aktiven Beschluss des G-BA zur Aussetzung von Regelungen.

§ 5 Grundsätze von Qualitätsanforderungen

Die AWMF stimmt den Änderungen zu.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

Dr. Monika Nothacker
nothacker@awmf.org

Prof. Dr. Rolf Kreienberg
kreienberg@awmf.org

6. Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben

6.1 Übersicht der fristgerecht eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen

Name der Fachgesellschaft/Institution:	Eingang der Stellungnahme am:
Bundesärztekammer (BÄK)	09.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	24.08.2020
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	09.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)	09.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)	07.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)	07.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)	09.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)	09.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)	09.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	09.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) [German Sleep Society] (DGSM)	06.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)	09.09.2020
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	09.09.2020
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	09.09.2020
Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)	09.09.2020
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	08.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)	09.09.2020
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	01.09.2020
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)	26.08.2020
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)	07.09.2020
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie & Ernährung (GPGE)	09.09.2020
Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)	09.09.2020
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)	09.09.2020
Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)	07.09.2020

6.2 Auswertung von Stellungnahmen

6.2.1 Allgemeine Positionierungen und Hinweise

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
DOG	1	Ihrer Aufforderung zur Stellungnahme bzgl. der Änderung der Zentrums-Regelungen möchten wir wie folgt nachkommen: Die DOG unterstützt die Variante GKV-SV / KBV / PatV ausdrücklich, weitere Ergänzungen werden unsererseits nicht gefordert.		GKV-SV/PatV/DKG/LV/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV / PatV/DKG/LV/KBV Nein
DRG, DeGIR, GPR	2	Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Grundsätzlich weisen wir darauf hin, dass die Radiologie als Querschnittsfach an der Patienten-versorgung in vielen Zentren beteiligt ist. Ein zentrales Merkmal aller Zentren ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders kompetenter oder erfahrener Kolleg*innen in einer qualitätsgesicherten Organisationsstruktur. Aus diesem Grund sprechen sich die DRG, DeGIR und GPR dafür aus, bei den Qualitätsanforderungen grundsätzlich die Verfügbarkeit aller erforderlichen Fachdisziplinen und deren besondere Qualifikationen festzulegen. Dabei sollten durchgängig einheitlich und klar definierte Qualifizierungsstufen verwendet werden und etablierte Zertifizierungssysteme berücksichtigt werden. Im Folgenden kommentieren wir im Detail die Anlage 7 (Lungenzentren). Zu Anlage 6 (Neuro-vaskuläre Zentren) verweisen wir auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neuro-radiologie e.V. (DGNR), die von den stellungnehmenden Fachgesellschaften uneingeschränkt unterstützt wird.		GKV-SV/PatV/LV/KBV Kenntnisnahme. Im Hinblick auf die allgemeinen Hinweise wird derzeit kein Änderungsbedarf gesehen. Die 24/7-Vorhaltung einer Endoskopie-Einheit ist für die Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten wichtig. Allerdings wird hier nicht die Erforderlichkeit dieses Kriteriums im Zusammenhang mit der Beratung anderer Krankenhäuser gesehen, da es sich um eine Standardausstattung einer Lungenklinik und nicht um eine besondere Vorhaltung handelt. DKG Eine fachgebietsübergreifende Arbeit ist vor allem in den definierten Zentren unabdingbar. Wenn Fachgebiete nicht	GKV-SV / PatV/LV/KBV Nein DKG: Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Anlage 7 – Lungenzentren Allgemeine Anmerkungen Im gesamten Beschlussentwurf war für uns nicht nachvollziehbar, warum die Ausgestaltung einer Endoskopieeinheit (die z.B. 24/7 zur Verfügung stehen müsste) nicht in Betracht gezogen wurden. Darüber hinaus ist die Qualität der Bildgebung, die in Lungenzentren eine zentrale Rolle für die Versorgung spielt, an keiner Stelle berücksichtigt. Wir bieten unsere Hilfe bei der Ausgestaltung dieser zwei Punkte an, wenn dies gewünscht ist</p>		<p>namentlich genannt werden, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass sie für die Behandlung nicht notwendig wären. Die DKG erkennt die gesonderte Stellung der Radiologie als Querschnittsfach an. Eine radiologische Kompetenz wird in den Zentren vorausgesetzt, ebenso wie die Endoskopieeinheit bei Lungenzentren.</p>	
<p>DGKJ, DGKC H, GPP, GPOH, GPR, GPGE, GPN</p>	<p>3</p>	<p>Über die AWMF haben wir den vertraulichen Beschlussentwurf für die Änderungen der Zentrums-Regelungen erhalten und möchten seitens der Kinder- und Jugendmedizin hierzu Stellung nehmen. Unsere Stellungnahme haben wir mit den pädiatrischen Spezialgesellschaften unseres Konvents für fachliche Zusammenarbeit, die in dem Stellungnahme-Formular genannt sind, wie auch der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) abgestimmt. Wir beschränken unsere Stellungnahme auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Änderungsvorschläge betreffen hier vor allem die Anlage 7: Lungenzentren. Dort finden sich an verschiedenen Stellen Formulierungsvorschläge, die aus unserer Sicht strikt abzulehnen sind, da sie keine qualitativ ausreichende medizinische und psychosoziale Betreuung der betroffenen Kinder- und Jugendlichen ermöglichen werden. Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von einschließlich 17 Jahren muss in fachlich qualifizierten Zentren für Kinder-</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Die Ergänzung eines Zentrums für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin wird abgelehnt. Die vorliegenden Zentrumsregelungen beschreiben Krankenhäuser der Spitzenmedizin, die aus vergleichbaren Anbietern der Spitzenmedizin herausragen und anderen Krankenhäusern vorwiegend beratende Leistungen zu komplexen oder seltenen Fallkonstellationen anbieten. Es bleibt unklar, welche besonderen Aufgaben die hier geforderten Zentren wahrnehmen sollen, insbesondere da es sich gemäß der Beschreibung der Fachgesellschaften um die normale Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen handelt, die aus der</p>	<p>GKV-SV / PatV/KBV Nein DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>und Jugendmedizin erfolgen, welche die für die jeweilige Erkrankung erforderlichen Spezialisierungen vorhalten. An dieser Stelle möchten wir daran erinnern, dass wir in unserer 1. Stellungnahme zu den Zentrums-Regelungen im September 2019 angeregt haben, „Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin“ zu etablieren. An diesem Ziel halten wir auch weiterhin fest, auch wenn dies nicht Gegenstand dieses Stellungsnahmeverfahrens ist. Bei den hier in Anlage 7 für Lungenzentren genannten Erkrankungsgruppen wie z.B. die Behandlung der Tuberkulose oder des Pulmonalen Hypertonus betrifft das in erster Linie die Kinder- und Jugendpneumologie, die Kinder-Infektiologie, die Kinderkardiologie sowie die Kinderradiologie. Hier müssen die Besonderheiten dieser Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen bis zum Abschluss ihrer körperlichen und sozialen Entwicklung Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sind aber auch die biografischen und psychosozialen Besonderheiten der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien zu berücksichtigen. Für eine angemessene ganzheitliche Behandlung der Kinder und ihrer Familien sind daher die Strukturen eines Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin zwingend erforderlich, denn entsprechende Strukturen, z.B. Krankenhausschule werden in Zentren der Erwachsenenmedizin schlichtweg nicht vorgehalten. Dieses betrifft Kinder und Jugendliche bis zum Abschluss ihrer körperlichen und sozialen Reifung, im Regelfall also bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. In dem vorgelegten Entwurf wird dieses ja an einigen Stellen implizit z.B. von den Vertretern der Kostenträger anerkannt, wenn bei der Mukoviszidose für das Lungenzentrum eine Altersgrenze von 18 Jahren gezogen</p>		<p>DRG-Vergütung am Fall finanziert wird.</p> <p>Die Belange von Kindern- und Jugendlichen werden in allen Bereichen, in denen besondere Aufgaben identifiziert werden konnten, in den fachspezifischen Anlagen besonders berücksichtigt.</p> <p>DKG</p> <p>Die DKG ist der Auffassung, dass die Versorgung der Kinder und Jugendlichen ebenfalls durch Zentren abgebildet werden sollte. Aus diesem Grund setzt sich die DKG für Zentren für Kinder und Jugendmedizin als ein weiteres Zentrum ein.</p> <p>Die DKG bestätigt, dass die bislang behandelten Zentren den Aspekt der Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend fokussiert, weshalb ein Zentrum – wie in einigen Bundesländern schon festgeschrieben – für Kinder- und Jugendmedizin etabliert werden sollte.</p> <p>Pädiatrische Zentren verfügen aus Sicht der DKG über Spezialdisziplinen rund um kranke Kinder und kranke Jugendliche z. B.: chronische</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		<p>wird (s. Seite 12). Daher sehen wir eine qualifizierte Facharztversorgung von Kindern- und Jugendlichen – außer im Notfall – nur in der Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet und bitten, dies auch in den vorliegenden Änderungen der Zentrumsregelungen entsprechend abzubilden.</p> <p>Die aus unserer Sicht kritischen Regelungen betreffen hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen vor allem die Änderungsvorschläge in Bezug auf die Lungenzentren (Anlage 7).</p>		<p>neurologische Erkrankungen, Schmerzen, Schlafstörungen, psychosomatische Funktionsstörungen, Allgemeine und Spezielle Pädiatrie mit Diabetologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Infektiologie, Nephrologie, Rheumatologie, Stoffwechselerkrankungen.</p>	
<p>DGKJ, DGKCH, GPP, GPOH, GPR, GPGE, GPN</p>	<p>4</p>	<p>Weiterer Handlungsbedarf: Ergänzung einer weiteren Anlage, die eine Dachstruktur „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ oder „Pädiatisches Zentrum“ konkretisiert.</p>	<p>Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und0 Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Abs. 5 SGB V) vom 23.09.2019, die wir hiermit noch einmal bekräftigen möchten Bundesländer wie z.B. Niedersachsen oder Mecklenburg-Vorpommern haben in ihrer Landeskrankenhausplanun</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV siehe lfd. Nr. 3 Es konnten bislang weder besondere Aufgaben noch erforderliche Qualitätskriterien für allgemeine Zentren für Kinder- und Jugendmedizin von den Fachgesellschaften benannt werden. Die auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zugeschnittene Regelversorgung ist keine Zentrumsaufgabe im Sinne dieser Regelungen.</p> <p>DKG Siehe Würdigung DGKJ, DGPK, GPP, GPOH, GPR, GPGE, lfd. Nr. 3</p>	<p>GKV-SV / PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			g solche Zentrumsstrukturen für Kinder und Jugendliche konkretisiert.		
AWMF	5	Die Berücksichtigung der in den Zentrumsbeschreibungen bislang fehlenden Fachvertreter*innen mit konkretisierenden Anforderungen halten wir im Sinne einer umfassenden interdisziplinären Versorgung für wichtig, ebenso die kritische Würdigung von möglichen Fehlanreizen bei gesetzten Mindestmengen. Die besonderen Belange der Kinder- und Jugendmedizin (siehe Stellungnahmen DGKJ, GPOH) sollten Berücksichtigung finden.		GKV-SV/PatV Kenntnisnahme, Im Hinblick auf die allgemeinen Hinweise wird derzeit kein Änderungsbedarf gesehen DKG Kenntnisnahme	GKV-SV / PatV Nein DKG Nein
DGH	6	Die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) hat keine Kommentierungen zu den vorgeschlagenen Änderungen, da diese unserer Gesellschaft inhaltlich fachfremd sind. Die DGH möchte an dieser Stelle jedoch auf eine Problematik ihres eigenen Fachbereiches hinweisen und eine mögliche Änderung des Gesetzestextes zur Diskussion stellen. Dies betrifft Anlage 3 – „Anforderungen an Traumazentren“ §1 Absatz 4.2.d. Hier erging mittlerweile von einzelnen Krankenkassen die Bitte an die DGH, eine Liste der am HandTraumaRegister (HTR) der DGH teilnehmenden Kliniken zur Verfügung zu stellen – eine Bitte, der unsere Fachgesellschaft selbstverständlich gerne nachkommt. In der weiteren Kommunikation ergab sich dann, dass die alleinige Anmeldung zur Teilnahme an diesem Register überhaupt kein Qualitätskriterium für die Klinik ist, da die Anmeldung nicht automatisch bedeutet, dass diese Klinik auch tatsächlich Behandlungsdaten in das Register einpflegt. Die DGH empfiehlt daher, dieses Qualitätskriterium in der Ausformulierung dahingehend weiter zu konkretisieren,		GKV-SV/PatV Kenntnisnahme. Dem Vorschlag der Fachgesellschaft wird gefolgt, die Teilnahme am HandTraumaRegister (HTR) der DGH dahingehend zu konkretisieren, dass damit auch die Datenlieferung an das Register verbunden ist. Die Qualitätskriterien an die Traumazentren sehen unter § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. a vor, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie innerhalb von 30 Minuten am Standort des Zentrums verfügbar sein muss. Die Erfüllung dieses Kriteriums kann nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes nicht durch einen einzigen Facharzt oder eine einzige	GKV-SV / PatV Ja Anlage 3 § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. d wird wie folgt geändert: „Teilnahme am Handtraumaregister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie, dies umfasst auch die aktive Datenlieferung an das Register.“ Anlage 3 § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. a wird wie folgt geändert: „Vorhaltung von mindestens drei Handchirurgen (Fachärztinnen oder Fachärzte für Orthopädie und

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>dass im Gesetzestext auch die aktive Eingabe von Verletzungs- und Behandlungsdaten in das HandTraumaRegister der DGH gefordert wird.</p> <p>Des Weiteren bittet die DGH auch darum, das Qualitätskriterium Anlage 3 – „Anforderungen an Traumazentren“ §1 Absatz 4.2.a nochmals zu überdenken. In diesem Qualitätskriterium ist die Anzahl der Fachärztinnen oder Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie, die eine Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantation vorhalten muss, nicht weiter spezifiziert. Eine solche Behandlungseinheit muss die spezialisierte Versorgung schwerer Handverletzungen und Replantation 24/7 gewährleisten. Ein einzelner Spezialist kann diese Anforderung aber nicht erfüllen. Dies veranlasste die Federation of the European Societies for Surgery of the Hand (FESSH), auf deren Kriterien für die Zertifizierung eines Hand Trauma Centers in den tragenden Gründen 2.9.1.4.2 verwiesen wird, dazu, eine Mindestanzahl von drei spezialisierten Handchirurgen zu fordern. Nur dann kann eine dem handchirurgischen Standard qualitativ gute Versorgung von schweren Handverletzungen und Amputationen an 24 Stunden an jedem Tag des Jahres durch ein Hand Trauma Zentrum gewährleistet werden. In Analogie empfiehlt die DGH daher, diese Mindestzahl in den Gesetzestext der Qualitätskriterien für eine Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantation in der Anlage 3 unter §1 Absatz 4.2.a aufzunehmen.</p> <p>Für Rückfragen steht Ihnen die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie, namentlich der Generalsekretär der Gesellschaft, gerne zur Verfügung.</p>		<p>Fachärztin 24/7 gewährleistet werden, sondern erfordert vielmehr, wie von der Fachgesellschaft gefordert, die Vorhaltung von mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzten mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Es wird eine diesbezügliche Klarstellung vorgenommen.</p> <p>DKG/KBV/LV Im Zuge der Evaluation in 5 Jahren werden die Aspekte erneut betrachtet.</p> <p>DKG Die DKG bedankt sich für die sachdienlichen Hinweise. Die Hinweise der DGH werden in den weiteren Beratungen berücksichtigt.</p>	<p>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,“</p> <p>Anpassung der Tragenden Gründe zu Anlage 3 § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. a mit explizitem Hinweis darauf, dass die Mindestzahl von drei Fachärztinnen oder Fachärzten mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie gemäß FESSH-Qualitätskriterien für die Einhaltung der 30 Minuten Verfügbarkeit am Standort zugrunde gelegt wird.</p> <p>DKG/KBV/LV Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Qualitätssicherung (z.B. bei der Lungenvolumenreduktion) und Verfahren zur Optimierung der Gesetzgebung (z.B. aktuell beim GKV-IPREG) haben sich DGP und DGT engagiert eingebracht. Ein zentrales Merkmal aller Zentren ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders kompetenter oder erfahrener Kolleg*innen in einer qualitätsgesicherten Organisationsstruktur.</p> <p>Aus diesem Grund sprechen sich die DGP, DGT und DGP bei den Qualitätsanforderungen grundsätzlich dafür aus, die Verfügbarkeit aller erforderlichen Fachdisziplinen und deren besondere Qualifikationen festzulegen. Dabei sollten durchgängig einheitlich und klar definierte Qualifizierungsstufen verwendet und etablierte Zertifizierungssysteme berücksichtigt werden.</p> <p>Die breite Expertise eines Lungenzentrums sollte in diesem Entwurf Berücksichtigung finden, damit die übergeordnete Funktion des Lungenzentrums ausgeprägt werden kann. Es ist daher von größter Bedeutung, dass zentrale Schwerpunkte des Fachs wie Weaning, COPD und Lungenkrebs in den Beschlussentwurf aufgenommen werden. Mit der Nennung von sieben Spezialisierungen wird die Breite des Fachs abgebildet. Die Aufnahme von Lungenkrebs und Tuberkulose wird der historisch besonderen Rolle der Lungenkliniken - besonders im Hinblick auf den Osten Deutschlands - als Einzelkliniken gerecht. Universitär ist die Pneumologie an nur zehn von 33 bundesdeutschen Unikliniken mit eigenständiger W3 Professur und Klinik vertreten. Mit der Bildung von Lungenzentren wird die pneumologische Expertise transparenter dokumentiert werden. Für die Fachgesellschaften war im gesamten Beschlussentwurf nicht nachvollziehbar, warum die Ausgestaltung einer</p>		<p>Zusammenhang mit der Beratung anderer Krankenhäuser gesehen, da es sich um eine Standardausstattung einer Lungenklinik und nicht um eine besondere Vorhaltung handelt.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband vertritt die Auffassung, dass besondere Aufgaben im Bereich Lungenkrebs den onkologischen Zentren zuzuordnen sind. Er folgt dabei der fachlichen Einschätzung der Deutschen Krebsgesellschaft, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen des Lungenkrebses die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen erfordert. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines onkologischen Zentrums und profitieren in besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie oder auch Palliativmedizin.</p> <p>Bei den besonderen Aufgaben der Zentren der Spitzenmedizin geht es insbesondere um die Beratung anderer Krankenhäuser zu komplexen oder seltenen Fallkonstellationen. Gerade diese Fälle sollten von den onkologischen Zentren beraten und möglichst auch behandelt werden, um die breite interdisziplinäre Expertise</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Endoskopieeinheit (die z.B. 24/7 zur Verfügung stehen müsste) nicht in Betracht gezogen wurde. Darüber hinaus ist die Qualität der Bildgebung, die in Lungenzentren eine zentrale Rolle für die Versorgung spielt, an keiner Stelle berücksichtigt. Die Fachgesellschaften bieten ihre Hilfe bei der Ausgestaltung dieser beiden Punkte an, wenn dies gewünscht ist.</p> <p>Die DGP, DGT und DGP haben sich in ihren Kommentaren dafür entschieden, sich entweder dem GKV-SV, der DGK oder dem UPV anzuschließen und Diskrepanzen, die innerhalb der Gesellschaften diskutiert wurden, in einem Kommentar transparent zu machen.</p> <p>Für die Standortfrage der Lungenkrebszentren, die bei den onkologischen Zentren aus unserer Sicht nach wie vor vollkommen überbewertet wurde und nach dem Innovationsschub für Telekonferenzen nach der aktuellen Pandemiesituation noch viel weniger nachzuvollziehen ist, haben wir einen Kompromissvorschlag erarbeitet (2.3.1.5.6c). Mit der Möglichkeit, Lungenkrebszentren entweder in ein onkologisches Zentrum oder ein Lungenzentrum einzubetten, würde der G-BA die historisch bedingten Standortnachteile der Lungenkliniken kompensieren.</p>		<p>der onkologischen Zentren im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen.</p> <p>Während einzelne Leistungen, wie z.B. Fallkonferenzen, unbestritten auch telemedizinisch erbracht werden können, ist in vielen Bereichen der Medizin der persönliche Patientenkontakt und die direkte Zusammenarbeit im interdisziplinären Team am Standort des Krankenhauses zwingend erforderlich. Es geht nicht darum, Standortnachteile einzelner Kliniken zu kompensieren, sondern eine herausragende, qualitätsgesicherte Fachexpertise für die Beratung anderer Krankenhäuser zu komplexen oder seltenen Fallkonstellationen im Bereich der Lungenheilkunde zur Verfügung zu stellen.</p> <p>DKG Kenntnisnahme Zu den konkreten Änderungsvorschlägen wird im speziellen Teil Stellung genommen.</p>	<p>DKG Nein</p>
DKG	9	Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. unterstützt die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c		<p>GKV-SV/PatV/KBV Der GKV-Spitzenverband vertritt die Auffassung, dass besondere Aufgaben</p>	<p>GKV-SV/ PatV/KBV Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen). Die in Anlage 2 gelungene Zusammenfassung aller onkologischen Erkrankungen in Onkologischen Zentren ist für PatientInnen und BehandlerInnen ein wichtiges Zeichen und zeigt den Stellenwert einer einheitlichen und qualitätsgesicherte Behandlung in einem Zentrum. Die Anforderungen an die Onkologischen Zentren werden durch wissenschaftliche Publikationen unterstützt, die zeigen, dass eine Reduktion der krankheitsspezifischen Mortalität und Morbidität erreicht wird, wenn die Behandlung der PatientInnen in einem zertifizierten Zentrum erfolgt [1-8]. Somit nehmen die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Onkologischen Zentren (Anlage 2) eine Sonderstellung ein, da sie auf bereits positiv evaluierten Vorgaben aufbauen können.</p> <p>In diesem Sinne gehört auch die häufige Diagnose Lungenkrebs in das Behandlungsspektrum der Onkologischen Zentren. Die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs macht die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen notwendig. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren in besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie oder auch Palliativmedizin. Gleichzeitig findet, historisch aus den früheren Tuberkulose-Kliniken entstanden, die Betreuung der Lungenkrebspatienten auch in eigenständigen Gebäudekomplexen oder Kliniken statt. Diese Besonderheit ist ausschließlich für die Entität Lungenkrebs zutreffend und für keine andere onkologische Erkrankung.</p>	<p>im Bereich Lungenkrebs den onkologischen Zentren zuzuordnen sind. Er folgt dabei der fachlichen Einschätzung der Deutschen Krebsgesellschaft, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen des Lungenkrebses die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen erfordert. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines onkologischen Zentrums und profitieren in besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie oder auch Palliativmedizin. Bei den besonderen Aufgaben der Zentren der Spitzenmedizin geht es insbesondere um die Beratung anderer Krankenhäuser zu komplexen oder seltenen Fallkonstellationen. Gerade diese Fälle sollten von den onkologischen Zentren beraten und möglichst auch behandelt werden, um die breite interdisziplinäre Expertise der onkologischen Zentren im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen.</p> <p>DKG/LV Die DKG stimmt den Ausführungen der Deutschen Krebsgesellschaft zu, dass</p>	<p>DKG Nein</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Für den Fall, dass, bedingt durch die regionalen Strukturen, eine Betreuung der PatientInnen mit Lungenkrebs an dem Standort des Onkologischen Zentrums entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen nicht möglich ist, befürwortet die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. die Betreuung der PatientInnen in einem Lungenzentrum, ausschließlich dann, wenn die qualitativen und quantitativen Voraussetzungen entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen erfüllt sind. PatientInnen mit Lungenkrebs müssen die Sicherheit haben, dass für ihre Erkrankung in allen ausgewiesenen Strukturen die gleichen qualitativen und quantitativen Maßstäbe angewendet und erfüllt werden.</p> <p>1. Butea-Bocu, M.C., Müller, G., Pucheril, D. et al. Is there a clinical benefit from prostate cancer center certification? An evaluation of functional and oncologic outcomes from 22,649 radical prostatectomy patients. World J Urol (2020). https://doi.org/10.1007/s00345-020-03411-9</p> <p>2. Hoffmann H, Passlick B, Ukena D, Wesselmann S. Chirurgische Therapie des Lungenkarzinoms: Argumente für die Behandlung in großen Zentren. Zentralblatt für Chirurgie – Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie 2019. DOI: 10.1055/a-0806-8021.</p> <p>3. Trautmann F, Reißfelder C, Pecqueux M, Weitz J, Schmitt J. Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care. Eur J Surg Oncol. 2018. doi: 10.1016/j.ejso.2018.05.013</p> <p>4. Völkel V, Draeger T, Gerken M, Fürst A, Klinkhammer-Schalke M. Langzeitüberleben von Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen: Ein Vergleich von Darmkrebszentren und nicht zertifizierten Krankenhäusern. Gesundheitswesen. 2018. DOI: 10.1055/a-0591-3827</p> <p>5. Weinhold I, Keck T, Merseburger A, Rody A, Wollenberg B, Wende D, Hackl D, Elsner C. [Utility Analysis of Oncological Centre Building in the Field of Colorectal Cancer]. Zentralbl Chir. 2018;143(2):181-92</p> <p>6. Kreienberg R, Wöckel A, Wischnewsky M. Highly significant improvement in guideline adherence, relapse-free and overall survival in breast cancer patients when treated at certified breast centres: An evaluation of 8323 patients. The Breast 40 (2018): 54-59</p> <p>7. Haj A, Doenitz C, Schebesch K-M, Ehrensberger D, Hau, P., Putnik K, et al. Extent of Resection in Newly Diagnosed Glioblastoma: Impact of a Specialized Neuro-Oncology Care Center. Brain Science. 2017;8 (5).</p>		<p>die Besonderheit der Entität Lungenkrebs durch die historisch gewachsenen Tuberkulose Krankenhäuser in besonderem Maße berücksichtigt wird. Die Erbringung der Leistung erfolgt somit häufig nicht am Standort (innerhalb eines 2 km-Radius) des onkologischen Zentrums. Die DKG schließt sich dem Gedanken an, dass die qualitätsgesicherte Erbringung der Leistung unabdingbar ist. Durch die Regelungen zu den Lungenzentren unterstreicht die DKG die Besonderheit des Lungenkrebses innerhalb eines Lungenzentrums. Nach DKG Position kann eine Spezialisierung auf diesem Gebiet vorgehalten werden. Dabei wurden die Zertifizierungskriterien der DKG berücksichtigt. Darüber hinaus ist eine Kooperation mit einem onkologischen Zentrum der Anlage 2 vorzuhalten.</p> <p>Zu den konkreten Änderungsvorschlägen wird im speziellen Teil Stellung genommen.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		8. Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, Rauh C, Bani MR, Knob S, Petsch S, Schick S, Fasching PA, Hartmann A, Lux MP, Haberle L. Quality assured health care in certified breast centers and improvement of the prognosis of breast cancer patients. <i>Onkologie</i> . 2011;34(7):362-7.			
BÄK	10	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt, unabhängig vom vorliegenden Beschlussentwurf des G-BA, das Bestreben des Gesetzgebers, zuschlagsfähige besondere Aufgaben zu konkretisieren, einheitliche Vorgaben für die Erfüllung dieser besonderen Aufgaben vorzulegen und damit eine Rechtssicherheit bei der Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte zu erzielen. Sie sieht grundsätzlich die Notwendigkeit einer Vorgabe grundlegender und bundesweit einheitlicher Anforderungen, um eine über die medizinische Standardversorgung der Patienten hinausgehende Funktion eines Krankenhauses auszuweisen. Nur bei einheitlich geltenden Anforderungen kann der Zentrumsbegriff auch Patientinnen und Patienten als Orientierung dienen (vgl. die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 25.09.2020).</p> <p>Die von GKV-SV und Patientenvertretung geforderten hohen Anforderungen in der - die oben genannte Intention des Gesetzgebers konkretisierende - Zentrums-Regelung des G-BA dürften jedoch zu einer relevanten Reduzierung von Zentren im entgeltrechtlichen Sinne führen. In der Folge ist die Finanzierung zahlreicher spezialisierter Einheiten, die ebenfalls besondere Aufgaben, wie sie in der Schiedsstellenvereinbarung vom 08.12.2016 aufgeführt sind, erbringen (Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser, Registererstellung, Weiterbildungsveranstaltungen, Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer,</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Kenntnisnahme. Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass es bei den besonderen Aufgaben von Zentren nicht um eine flächendeckende, wohnortnahe Regelversorgung geht, die bereits über das DRG-Fallpauschalensystem finanziert wird, sondern um die Beratung anderer Krankenhäuser zu komplexen oder seltenen Fallkonstellationen. Dabei steht ausdrücklich die außergewöhnliche Fachexpertise dieser Zentren im Mittelpunkt und nicht die technische oder organisatorische Fähigkeit zur Durchführung einer Fallkonferenz oder einer Fortbildungsveranstaltung. Dementsprechend adressieren die Qualitätskriterien des G-BA die außergewöhnliche fachliche Expertise durch die sich die Zentren von anderen Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden.</p> <p>Weiterhin verwundern die Ausführungen des Stellungnehmers über die Angemessenheit und Sinnhaftigkeit der von G-BA gewählten</p>	<p>GKV-SV/ PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Ja. Die Frist wird auf 12 Monate heraufgesetzt</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Management eines Netzwerkes, Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade, Erstellung von SOPs für spezifische Versorgungsprozesse, Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote, Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher Fachexpertise), nicht mehr gesichert. Im Sinne einer fachgebiets- und leistungserbringerübergreifenden Versorgung von Patienten mit komplexen, oftmals chronischen und besonders anspruchsvollen Erkrankungen, sollten definierte besondere Aufgaben jedoch auch zukünftig nicht ausschließlich durch die als „Leuchttürme“ bezeichneten Leistungserbringer erbracht und vergütet werden. Dies bedeutet keinesfalls, auf sinnvolle Qualitätsvorgaben zu verzichten. Es ist jedoch zu überlegen, ob zum Beispiel eine Konkretisierung von besonderen Aufgaben nicht auch eine nähere Beschreibung der Aufgabenerfüllung an sich umfassen sollte, d. h. Kriterien zu erarbeiten, wie z. B. eine interdisziplinäre Fallkonferenz, ein fachgebundenes Kolloquium oder auch die Erarbeitung von Behandlungspfaden und SOPs zu erbringen sind, um eine Vergütung zu rechtfertigen.</p> <p>In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal darauf hingewiesen, dass eine Versorgungsplanung allein über Qualitätsvorgaben nicht automatisch zu einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung führt. Ob mit der Zentrumsregelung das Teilziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung angesichts der vom G-BA beschlossenen und teilweise auch noch diskutierten verbindlichen Qualitätsvorgaben tatsächlich erreicht werden kann, ist ebenfalls zu</p>		<p>Qualitätsvorgaben da er selbst auf seinen Internetseiten (https://www.bundesarztekkammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Qualitaetsmerkmale.pdf, zuletzt abgerufen am 11.09.2020) einen Muster-Kriterienkatalog für die „Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums“ aufführt. Diese umfassen unter anderem Fallvolumen je Zentrum/Organisationseinheit (Patienten, Fälle, neu diagnostizierte Fälle etc.), ärztliche Verfügbarkeit (z.B. verfügbar vor Ort innerhalb einer vorgegebenen Zeit in Minuten/Stunden), Räumlichkeiten für Patientendiagnostik und –behandlung und Bettenkapazitäten. Der GKV-Spitzenverband verweist in diesem Zusammenhang auch auf die mündliche Anhörung zur Erstfassung der Zentrums-Regelungen am 25.10.2019.</p> <p>Der G-BA hat bereits in der Vergangenheit, insbesondere im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie, bewiesen, dass er kurzfristig und zielgerichtet auf besondere Versorgungslagen reagieren kann. Sollte es tatsächlich zu</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>hinterfragen. Die Bundesärztekammer vermisst hier weiterhin eine Folgenabschätzung, die eine Aussage zulässt, an welchen Standorten zukünftig eine spezialisierte Versorgung in Zentren erfolgt. Auch sollten die aktuellen Standorte der in der Erstfassung definierten Zentrums-Arten veröffentlicht werden und eine Bewertung erfolgen, inwieweit diese den tatsächlichen Bedarf abdecken.</p> <p>Bei der Erstfassung der Zentrums-Regelungen wurde bestehenden Zentren und Schwerpunkten eine Übergangsfrist von bis zu 6 Monaten eingeräumt, um die notwendigen Vorbereitungen (Rekrutierung oder Qualifizierung von Personal, Etablierung von Prozessen, Kooperationsvereinbarungen etc.) zur Umsetzung der vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen durchzuführen. „Angesichts der Hochphase der COVID-19-Erkrankungen im ersten Halbjahr 2020“ wurde den in den Anlagen 1-5 geregelten Zentren eine Verlängerung um 6 weitere Monate gewährt. Für neurovaskuläre Zentren und Lungenzentren soll jedoch eine Dauer von insgesamt 6 Monaten ausreichen.</p> <p>Auch wenn die Hochphase der COVID-19-Pandemie zunächst abgeklungen ist, konnten Krankenhäuser angesichts der umzusetzenden Pandemievorschriften und der damit verbundenen notwendigen Schutz- und Vorsorgemaßnahmen sowie Infektions- und Quarantänebedingter Personalausfälle keineswegs zu einem Regelbetrieb zurückkehren. Auch vor dem Hintergrund steigender Infektionszahlen und einer prognostizierten weiteren Erhöhung in den Herbst- und Wintermonaten sollte daher auch für die neuen Zentrums-Arten von</p>		<p>einem hohen Anstieg der schweren, im Krankenhaus behandlungsbedürftigen COVID-19-Fälle kommen, kann der G-BA kurzfristig über eine erforderliche Anpassung der Regelungen beraten. Da sich derzeit aber nur eine überschaubare Zahl an COVID-19-Patientinnen und Patienten zur Behandlung in Krankenhäusern befindet und längst nicht alle Krankenhäuser betroffen sind, ist die Übergangsfrist von sechs Monaten sachgerecht.</p> <p>DKG</p> <p>Die DKG kann die Bedenken nachvollziehen, dass es durch zu hohe Mindestfallzahlen nur noch wenige Zentren im entgeltrechnerischen Sinne geben wird. Aus Sicht der DKG darf bei der Bestimmung von Zentren und Schwerpunkten zum einen die Versorgungsrealität, als auch die bundesweite Verteilung nicht außer Acht gelassen werden. Unter Betrachtung dieser und weiterer Faktoren wurden die seitens der DKG vorgeschlagenen Mindestfallzahlen festgesetzt. In § 136c Absatz 5 SGB V wird der G-BA beauftragt besondere Aufgaben für Zentren und</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		vorneherein eine verlängerte Übergangsfrist von 12 Monaten gelten.		<p>Schwerpunkten zu beschließen. Die DKG stimmt den Ausführungen der Bundesärztekammer zu, dass die Gefahr besteht, dass spezialisierte Einheiten, welche besondere Aufgaben nach den Zentrums-Regelungen wahrnehmen, durch restriktive Vorgaben keine Möglichkeiten erhalten, diese zusätzlichen Aufgaben weiterhin durchzuführen, da die Finanzierung nicht gesichert ist. Dies gilt sowohl für Zentren aller festgelegten Anlagen, die die Anforderungen nicht erfüllen, als auch für weitere Zentren, die der G-BA nicht bestimmen wird.</p> <p>Darüber hinaus kann die DKG die Argumentation der BÄK nachvollziehen und schließt sich der inhaltlichen Ausführung zu der Übergangsfrist an.</p> <p>LV Von der BÄK ausgeführte Problematik kann gefolgt werden</p>	
DIVI	11	Die DIVI hat die Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) betrachtet. Dabei sind		<p>DKG Kenntnisnahme, keine Vorschläge zum Regelungstext</p>	<p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		Formulierungen aufgefallen, die aus intensivmedizinischer und damit interdisziplinärer Sicht zu diskutieren und ggf. zu ändern sind. Insgesamt erscheint es nicht zielführend im Sinne einer qualitätsorientierten und patientenzentrierten Behandlung Abgrenzungstendenzen einzelner Fachgebiete zu unterstützen.			

6.2.2 Stellungnahme der AWMF zu den §§ 3 und 5

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
AWMF	12	<p>§3 (7) Sofern die Länder bereits vor dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses im Krankenhausplan besondere Zentrumsaufgaben dieser Regelungen ausgewiesen und festgelegt haben, haben die betroffenen Krankenhäuser die vom G-BA normierten Qualitätsanforderungen innerhalb von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten der Anlagen 1 bis 5 sowie innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten von Qualitätsanforderungen des G-BA in den weiteren Anlagen zu erfüllen</p>	Die AWMF empfiehlt, bei der Rückkehr zu den außerhalb der COVID-19-Pandemie geltenden Fristen in der Formulierung eine mögliche neue Welle der Pandemie mitzudenken. Wir verweisen hierzu auch auf unsere Stellungnahme vom 22.04.2020 in Bezug auf den erforderlichen aktiven Beschluss des G-BA zur Aussetzung von Regelungen.	<p>GKV-SV/PatV/KBV/LV Der G-BA hat bereits in der Vergangenheit, insbesondere im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie, bewiesen, dass er kurzfristig und zielgerichtet auf besondere Versorgungslagen reagieren kann. Sollte es tatsächlich zu einem hohen Anstieg der schweren, im Krankenhaus behandlungsbedürftigen COVID-19-Fälle kommen, kann der G-BA kurzfristig über eine erforderliche Anpassung der Regelungen beraten. Da sich derzeit aber nur eine überschaubare Zahl an COVID-19-Patientinnen und Patienten zur Behandlung in Krankenhäusern befindet und längst nicht alle Krankenhäuser betroffen sind, ist die Übergangsfrist von sechs Monaten sachgerecht.</p>	<p>GKV-SV/ PatV/KBV/LV Nein DKG Ja. Siehe lfd. Nr. 10</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				DKG Die DKG kann die Einwände der AWMF nachvollziehen und schließt sich inhaltlich der Argumentation an.	
AWMF	13	§ 5 Grundsätze von Qualitätsanforderungen Die AWMF stimmt den Änderungen zu		GKV-SV/PatV/DKG Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/DKG Nein

6.2.3 Stellungnahmen zu Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren

6.2.3.1 Zu §1 „Qualitätsanforderungen

6.2.3.1.1 Absatz 1 „Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
DGAJ	14	<p>S. 2 Punkt 1 (Anm. d. GS § 1 Absatz 1 Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen) Nr. 1 Hier sollte zusätzlich eine anästhesiologische Fachabteilung gefordert werden um insb. eine zeitnahe operative Behandlung zu gewährleisten.</p> <p>S. 2 Punkt 3 (Anm. d. GS § 1 Absatz 1 Nr. 3) Hier sollte nur allgemein die Vorhaltung einer Intensivstation gefordert werden, ohne die Leitung NCH / NEU festzulegen oder ggf. eine anästhesiologische Leitung mit aufgenommen werden.</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Da bei den besonderen Aufgaben von Zentren nicht die reguläre Patientenbehandlung vor Ort im Fokus steht, sondern die Beratung anderer Krankenhäuser zu komplexen oder seltenen Fallkonstellationen, wird auf das Kriterium einer anästhesiologischen Fachabteilung als Qualitätsanforderung verzichtet.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband schließt sich dem Vorschlag und der Begründung der DSG und DGN an.</p> <p>DKG Zu 1: Die Anästhesie wird meist nicht als klassische, bettenführende Fachabteilung geführt. Die anästhesiologische Fachkompetenz ist mitunter durch die Vorhaltung einer Intensivstation und durch Nachweis der Mindestfallzahlen belegt. Zu 2: Die DKG stimmt zu, dass die Leitung der Intensivstation nicht in den Regelungen festgehalten werden</p>	<p>GKV-SV/ PatV/KBV Zu § 1 Absatz 1: Nein Zu § 1 Absatz 1 Nr. 3: Ja</p> <p>Anlage 6 § 1 Abs. 1 Nr. 3 wird wie folgt geändert: „Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung neurologischer, neurochirurgischer und neuroradiologischer Fachexpertise“</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				muss, da die innerbetriebliche Organisation in den Krankenhäusern unterschiedlich gehandhabt wird.	
DGNi	15	<ul style="list-style-type: none"> Anlage 6 Neurovaskuläre Zentren Punkt 1.1 (Anm. d. GS: Hier ist vermutlich Absatz 1 Nr. 1 gemeint) Hier sollte die Radiologie bzw. Neuroradiologie Erwähnung finden Punkt 1.2 (Anm. d. GS: Hier ist vermutlich Absatz 1 Nr. 2 lit a) gemeint) Das eine Fachdisziplin Neuroradiologie vorhanden sein sollte, entspricht unseren Vorstellungen Punkt 1.3 (Anm. d. GS: Hier ist vermutlich Absatz 1 Nr. 3 gemeint) Hier sollte eine Neurointensivstation gefordert sein 	<p>Die Radiologie/Neuroradiologie gehört zu den Standardausstattungen, die in einem neurovaskulären Zentrum vorhanden sein sollten und dies sollte daher auch direkt unter diesem Punkt stehen. Wie genau die Vorhaltung von Neuroradiologen gehalten werden muss, wird ja im nächsten Punkt definiert.</p> <p>Angeht es doch erheblichen Anforderungen die an die interventionelle und operative Seite des neurovaskulären Zentrums gestellt werden, sollte an die Intensivstation die</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Eine neuroradiologische Behandlungseinheit mit entsprechenden Qualitätsanforderungen ist unter § 1 Abs. 1 Nr. 2 abgebildet und entspricht den Forderungen der Fachgesellschaft. Unter § 1 Abs. 1 Nr. 1 werden nur solche Fachabteilungen aufgeführt, für die die Anforderungen gemäß § 5 Abs. 3 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen gelten. Für die Neuroradiologie trifft dies insbesondere deshalb nicht zu, weil es keinen Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V für die Neuroradiologie gibt.</p> <p>Zu § 1 Absatz 1 Nr. 3: Der GKV-Spitzenverband schließt sich dem Vorschlag und der Begründung der DSG und DGN an.</p> <p>DKG Punkt 1.1 Die Neuroradiologische Kompetenz ist unter § 1 Abs. 1 Nr. 2 entsprechend abgebildet, womit der</p>	<p>GKV-SV/ PatV/KBV Zu § 1 Absatz 1 Nr. 3: Ja Anlage 6 § 1 Abs. 1 Nr. 3 wird wie folgt geändert: „Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung neurologischer, neurochirurgischer und neuroradiologischer Fachexpertise“</p> <p>DKG 1.1: Nein 1.2: Nein 1.3: Ja. siehe Änderung bei Vorschlag von DSG, DGN, lfd. Nr. 20.</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>gleiche Anforderung gestellt werden. In der Literatur gibt es eindeutige Hinweise, dass neurochirurgische/neurologische Patienten ein besserer Outcome haben, wenn sie auf einer spezialisierten Intensivstation unter neurologischer/neurochirurgischer Leitung steht. Dies ist für die DGNI ein wichtiger Punkt, da eine spezialisierte Intensivstation besser auf die therapeutischen Notwendigkeiten dieses speziellen Patientengutes ausgerichtet ist</p>	<p>Forderungen der Fachgesellschaft Rechnung getragen wird. Punkt 1.2 Kenntnisnahme Punkt 1.3 Bzgl. der Leitung dieser Intensivstationen sind in der Versorgungslandschaft derzeit verschiedene, sehr erfolgreich arbeitende kooperativ und interdisziplinär geprägte Modelle etabliert. Die Festlegung der Leitung der Intensivstation obliegt aus Sicht der DKG der am Patientenwohl orientierten Organisationsverantwortung der Kliniken und sollte nicht auf eines der möglichen Modelle beschränkt werden. Die DKG schließt sich dem Vorschlag und der Begründung der DSG und DGN zu § 1 Abs. 1 Nr. 3 an.</p>	
DSG	16	Absatz 1 Nr. 1 Kriterium (Fachabteilungen): Zustimmung zum Vorschlag der GKV-SV / KBV / PatV / LV	So auch von uns vorgeschlagen	GKV-SV/PatV/DKG/LV/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/DKG/LV/KBV Nein
DSG	17	Absatz 1 Nr. 2 Kriterium (Neuroradiologie): Zustimmung	So auch von uns vorgeschlagen	GKV-SV/PatV/DKG/LV Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/DKG/LV Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
DGNI	18	<ul style="list-style-type: none"> Punkt 1.4 (Anm. der GS: Hier ist vermutlich Absatz 1 Nr. 4 lit. a) gemeint) <p>Eine Stroke Unit mit 6-8 Betten ist ausreichend</p> <ul style="list-style-type: none"> Punkt 1.4 (Anm. d. GS: Hier ist Vermutlich lit. b) gemeint) <p>i.v. Thrombolyse sollte jederzeit möglich sein</p>	<p>Aus unserer Sicht gibt es keinen Grund, warum eine i.v. Lyse nicht jederzeit möglich sein sollte.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV/LV</p> <p>Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bestehen keine Zweifel daran, dass angesichts der geforderten Fachabteilungen und der intensivmedizinischen Kapazitäten im neurovaskulären Zentrum jederzeit eine intravenöse Thrombolyse möglich ist. Daher verzichtet er auf eine zusätzliche Auflistung dieses Kriteriums und konzentriert sich auf Kriterien, die die herausragende Expertise des Zentrums beschreiben.</p> <p>DKG</p> <p>Punkt 1: Kenntnisnahme</p> <p>Die Vorhaltung von 8 Monitor-Betten entspricht der Ausstattung der meisten überregionalen Stroke-Units und trägt den besonderen Anforderungen an ein neurovaskuläres Zentrum Rechnung.</p> <p>Punkt 2: Die der intravenöse Thrombolyse als rekanalisierende Maßnahme ist gemäß der Leitlinie „Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls – Ergänzung 2015 – Rekanalisierende Therapie – Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie“ der Deutschen</p>	<p>GKV-SV/ PatV/KBV/LV</p> <p>Nein</p> <p>DKG</p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				Gesellschaft für Neurologie im Zentrum jederzeit vorzuhalten.	
DSG	19	Absatz 1 Nr. 4 Kriterium 4 (Monitorbetten, i.v. Thrombolyse): Zustimmung zum Vorschlag „8 Monitor-Betten“ und „Thrombolyse jederzeit durchführbar (24/7)“	So auch von uns vorgeschlagen	GKV-SV/PatV Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 18 DKG Siehe lfd. Nr. 18.	GKV-SV/ PatV Nein DKG Nein
DSG, DGN	20	Änderung bei Kriterium 3 (Intensivstation): <i>(Anm.d.GS: vermutlich Absatz 1 Nr. 3)</i> „Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung des neurologischen, neurochirurgischen und neuroradiologischen Sachverstands.“	Die Anforderung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit ständiger Verfügbarkeit eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" hat zu einer Bündelung der intensivmedizinischen Strukturen, auch bei Maximalversorgern geführt → zahlreiche Intensivstationen werden interdisziplinär geführt, häufig anästhesiologisch/ internistisch organisiert mit gemeinsamer fachlicher Leitung mit der Neurologie/Neurochirurgie. Die vorherige Formulierung ist konfliktanfällig, da nicht	GKV-SV/PatV/KBV/LV Der Vorschlag und die Begründung der Fachgesellschaften sind nachvollziehbar und werden übernommen. DKG Der Vorschlag und die Begründung sind nachvollziehbar und werden übernommen.	GKV-SV/ PatV/KBV/LV Ja Anlage 6 § 1 Abs. 1 Nr. 3 wird wie folgt geändert: „Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung neurologischer, neurochirurgischer und neuroradiologischer Fachexpertise“ DKG Übernahme des Punktes: „Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung des neurologischen, neurochirurgischen und

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			operationalisiert ist, was eine „fachliche Leitung“ ausmacht.		neuroradiologischen Sachverstands.“
DIVI	21	<p>Anlage 2 TrGr_Zentrums-Regelungen bzgl. Anlage 6 Neurovaskuläres Zentrum</p> <p>Seite 2 unter 3. (Anm. d. GS.: Vermutlich § 1 Absatz 1 Nr. 3)</p> <p>Aus Sicht der DIVI sollte die eigenständige Leitung durch Neurologie oder Neurochirurgie der Intensivstation eines neurovaskulären Zentrums keine conditio sine qua non sein. Hier ist auch eine interdisziplinäre Leitung sehr gut möglich und wird auch an einigen Standorten mit Erfolg praktiziert</p>		<p>DKG/GKV-SV/LV/KBV/PatV</p> <p>Siehe lfd. Nr. 20.</p>	<p>DKG</p> <p>Ja. Siehe lfd. Nr. 20.</p>

6.2.3.1.2 Absatz 3 „Forschungstätigkeit und Vernetzung“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
DGNI	22	<p>Punkt 3 (Anm. d. GS: Hier ist vermutlich Absatz 3 gemeint)</p> <p>Bezüglich Forschung und Vernetzung würden wir uns dem Vorschlag der GKV und LV anschließen</p>		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV/LV</p> <p>Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/ PatV/DKG/KBV/LV</p> <p>Nein</p>
DSG	23	<p>Kriterien Qualitätsmanagement, Forschungstätigkeit, Vernetzung, Kooperationen (Absatz 2, 3, 4)</p> <p>Zustimmung zu den Vorschlägen der GKV</p>	So auch von uns vorgeschlagen	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV/LV</p> <p>Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/ PatV/DKG/KBV/LV</p> <p>Nein</p>

6.2.3.1.3 Absatz 5 „Mindestfallzahlen“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussewurf
DGNC	24	<p>Absatz 5 Nr. 2 lit. c) Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) hat sich mit der gemeinsamen Stellungnahme der DSG und DGN auseinandergesetzt. Diese haben eine Änderung bei Kriterium 5.2.C (Mindestfallzahlen) vorgeschlagen, nämlich die Spezifizierung auf 80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltung, davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping. Die DGNC unterstützt diese Stellungnahme respektive Änderungsvorschlag.</p>	Die DGNC sieht ebenfalls die Gefahr von Fehlanreizen in der interdisziplinären Indikationsstellung, wenn die bisherige Forderung von 40 Aneurysma-Clippings beibehalten würde.	<p>KBV Zur Bewertung dieses Vorschlages ist eine weitergehende Begründung der Fachgesellschaft erforderlich. Daher wird derzeit kein Änderungsbedarf gesehen. Nach der mündlichen Anhörung muss der Vorschlag erneut bewertet werden.</p> <p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Die Aufgabe des Zentrums erfordert im Hinblick auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen wie auch im Rahmen der Beratung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern die nachweisliche Erfahrung in der Erbringung</p>	<p>DKG/LV/KBV Nein</p> <p>PatV Enthaltung</p> <p>DKG Nein</p> <p>UPV/GKV-SV ja</p> <p>UPV/GKV-SV für § 1 Abs. 5 Nr. 2 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) [streichen]</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>verschiedener operativer und interventioneller Verfahren. Unter Betrachtung der aktuell vorliegenden Daten und unter Einbezug der aktuellen Versorgungslandschaft wurden Mindestfallzahlen festgesetzt.</p> <p>Die Behandlung von Stenosen der hirnversorgenden Arterien und intrakraniellen Aneurysmen wird durch das Zentrum sichergestellt. Neben operativen Eingriffen kommen hier auch vermehrt interventionelle Verfahren zum Einsatz. Die interventionellen Verfahren haben in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung und Ausweitung zu verzeichnen, die sich auch in der Zunahme der entsprechend weitergebildeten Leistungserbringer widerspiegelt. Neben der patientenindividuellen Indikationsstellung und dem Ergebnis des interdisziplinär von Neuroradiologen, Neurochirurgen und Anästhesisten festgelegten Behandlungsablaufes sind die im Krankenhaus vorhandenen strukturellen Voraussetzungen sowie die persönliche Expertise und Spezialisierung für die Auswahl des Verfahrens ausschlaggebend. Das</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>Zentrum verfügt aufgrund der interdisziplinären Aufstellung (Neuroradiologie und Neurochirurgie) über die Expertise zur Durchführung beider Verfahren. Die Festschreibung von nach Verfahren (interventionell oder operativ) getrennten Mindestfallzahlen ist aus den oben genannten Gründen kein geeignetes Kriterium zur Qualitätsdarlegung. Vielmehr bildet die Festlegung einer Gesamt-Mindestfallzahl für Eingriffe an hirnversorgenden Arterien und eine Gesamt-Mindestfallzahl für Eingriffe an intrakraniellen Aneurysmen jeweils unter Einschluss beider möglicher Verfahren (Interventionell oder operativ) die Qualität der Leistungserbringung und der interdisziplinären Kompetenz im Zentrum ab, ohne dass die Gefahr besteht, dass die Auswahl des Verfahrens durch die zu erbringende Mindestfallzahl beeinflusst wird.</p> <p>UPV/GKV-SV Der Vorschlag des Stellungnehmers wird als eigene Position übernommen</p>	
DGNR	25	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 2 lit. c) Änderung bei Kriterium 5.2.c (Mindestfallzahlen): „80 Eingriffe zur</p>	<p>Die Entscheidung, ob ein Eingriff endovaskulär oder durch mikrochirurgisches</p>	<p>KBV s.o. PatV</p>	<p>KBV Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		intrakraniellen Aneurysmaausschaltung, davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping“	Clipping durchgeführt wird, muss Fall-basiert zwischen behandelnden Neuroradiologen und Neurochirurgen abgestimmt werden. Eine Mindestanzahl von 25 Clippings wird angestrebt, diese Mindestanzahl soll jedoch nicht genutzt werden, um Patienten dem Clipping zuzuführen.	<p>Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Siehe lfd. Nr. 24.</p> <p>UPV/GKV-SV Der Vorschlag des Stellungnehmers wird als eigene Position übernommen</p>	<p>PatV Enthaltung</p> <p>DKG Nein</p> <p>UPV/GKV-SV ja</p> <p>UPV/GKV-SV für § 1 Abs. 5 Nr. 2 b) 80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltungen (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90, 5-025), davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping (OPS 5-025), c) <i>[streichen]</i></p>
DGNI	26	Absatz 5 Nr. 1 600 Gesamt 50 Stentings	600 entsprechende Fälle erscheinen uns ausreichend, da durch die zunehmende „Vermehrung“ kleinerer Neurologien und Belegneurochurgien ein Teil der geforderten Patienten außerhalb von Zentren behandelt werden wird und daher	GKV-SV/KBV Es wird keine fachliche Begründung für die Forderung von 600 Fällen genannt. Nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes erfüllen mehr als 130 Krankenhausstandorte eine Mindestfallzahl von 1.000 Fällen pro Jahr. Das Kriterium wird damit entgegen der Vermutung der DGNI von einer ausreichenden Anzahl an	GKV-SV/KBV Nein PatV Enthaltung DKG Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>die geforderte Zahl von 1000 Fällen/Jahr schwer zu erreichen sein dürfte.</p> <p>Auch die Anzahl der Kliniken die einen Facharzt für Neuroradiologie vorhalten nimmt zu und damit werden auch Stentings und andere Interventionen an Hirngefäßen in kleineren Häusern erfolgen. Daher sollte die Zahl der geforderten Eingriffe entsprechend angepasst werden.</p>	<p>Krankenhausstandorten erfüllt. Eine Mindestfallzahl von 1.000 Fällen ist sachgerecht, um sicherzustellen, dass die erforderliche Erfahrung und Routine zur Beratung anderer Krankenhäuser in den Zentren vorliegt.</p> <p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Absatz 5 Nr. 1 Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>Absatz 5 Nr. 2 Siehe Würdigung DGNC, lfd. Nr. 24.</p>	
	27	60 endovaskuläre Aneurysmaversorgungen	Auch diese Zahl erscheint angemessen, da es mehr als eine Intervention an einem zerebralen Aneurysma pro Woche bedeutet.	<p>GKV-SV/KBV Die geforderte Fallzahl ist nicht hinreichend fachlich begründet, während der GKV-Spitzenverband seine Fallzahlen anhand von Studien und Zertifizierungsanforderungen in</p>	<p>GKV-SV/KBV Nein</p> <p>PatV Enthaltung</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>Dies erscheint ausreichend um eine entsprechende Routine zu erreichen.</p>	<p>den Tragenden Gründen belegt. Zudem werden die Mindestfallzahlen des GKV-Spitzenverbandes von der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) bestätigt.</p> <p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Siehe Würdigung DGNC, lfd. Nr. 24.</p>	<p>DKG Nein</p>
	28	30 operative Aneurismaversorgungen	<p>Diese Zahl erscheint uns ebenfalls ausreichend, da der Anteil der operativ zu versorgenden Aneurysmen stark abgenommen hat zu Gunsten der endovaskulären Versorgung. Legt man die geschätzten Gesamtzahlen an</p>	<p>GKV-SV/KBV Die Fachgesellschaft nennt keine fachliche Begründung für die vorgeschlagene Mindestfallzahl von 30 operativen Aneurismaversorgungen, während der GKV-Spitzenverband seine Fallzahlen anhand von Studien und Zertifizierungsanforderungen in den Tragenden Gründen belegt. Der Stellungnehmer verkennt, dass es bei den Zentrums-Regelungen nicht</p>	<p>GKV-SV/KBV Nein</p> <p>PatV Enthaltung</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Aneurysmen in der Bevölkerung zu Grunde, dürfte dies eine Zahl sein, die erfüllbar ist und die ausreichend ist um die Routine in der operativen Versorgung aufrecht zu erhalten.</p>	<p>darum geht, die maßgeblichen Versorger zu identifizieren, sondern die Krankenhäuser, die aus dem Kreis vergleichbarer Leistungserbringern der Spitzenmedizin mit ihrer besonderen Expertise herausragen.</p> <p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Siehe Würdigung DGNC, lfd. Nr. 24.</p>	
DSG, DGN	29	Absatz 5 Nr. 2 lit. b)-c) „80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysmaausschaltung, davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping“	Die vorherige Forderung von mindestens 40 Clippings beinhaltet die Gefahr von Fehlanreizen in der interdisziplinären Indikationsstellung.	KBV Zur Bewertung dieses Vorschlages ist eine weitergehende Begründung der Fachgesellschaft erforderlich. Daher wird derzeit kein Änderungsbedarf gesehen. Nach der mündlichen Anhörung muss der Vorschlag erneut bewertet werden.	KBV Nein PatV Enthaltung DKG Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				<p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Siehe Würdigung DGNC, lfd. Nr. 24.</p> <p>UPV/GKV-SV Der Vorschlag der Stellungnehmer wird als eigene Position übernommen</p>	<p>UPV/GKV-SV Ja</p> <p>UPV/GKV-SV für § 1 Abs. 5 Nr. 2 b) 80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltungen (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90, 5-025), davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping (OPS 5-025),</p> <p>c) <i>[streichen]</i></p>
DSG	30	<p>Absatz 5 Nr. 1, Nr. 2 lit. a), Nr. 2 lit. d)-e) Kriterium 5.1, 5.2.a, 5.2d-e (Mindestfallzahlen): Zustimmung zu den Vorschlägen der GKV, aber: beachte Änderungsvorschläge unter Kriterium 5.2.b-c (Aneurysmen, siehe oben)</p>	So auch von uns vorgeschlagen	<p>GKV-SV/KBV Kenntnisnahme</p> <p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p>	<p>GKV-SV/KBV Nein</p> <p>PatV Enthaltung</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>DKG Kriterium 5.1 Kenntnisnahme</p> <p>Zu Kriterium 5.2a, 5.2d-e Siehe Würdigung DGNC, lfd. Nr. 24.</p>	

6.2.4 Stellungnahmen zu Anlage 7 – Lungenzentren

6.2.4.1 Zu § 1 „Qualitätssicherung“

6.2.4.2 Absatz 1 Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
DGP, DGT, DGP	31	<p>§ 1 Absatz 1. Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen 2.3.1.1.1 Nummer 1 Wir schließen uns der Formulierung der DKG an mit einem Zusatz zur Thoraxchirurgie</p> <p>„Leitung des Zentrums durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>und</p> <p>Vorhaltung von mindestens zwei Fachärztinnen oder Ärzten für Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>und</p> <p><i>Das Lungenzentrum steht in Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie“</i></p>	<p>Wir lehnen den Vorschlag des SGKV aktuell ab, weil viele Lungenkliniken und Abteilungen für Pneumologie historisch formal als Innere Medizin geführt werden. DGP und DGT können aktuell nicht nachvollziehen, welche der Kliniken dies sind. Darüber hinaus sind die Bezeichnungen auch in den Krankenhausplänen der Länder unterschiedlich. Deshalb schließen wir uns der allgemeineren Position der DKG an. Den Fachgesellschaften ist bewusst, dass die geforderte Expertise, die im Folgenden detailliert dargestellt wird, in der Regel nicht mit drei Fachärzten erbracht werden kann. Beide Fachgesellschaften bieten ihre direkte</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Am Standort des Lungenzentrums muss eine Fachabteilung für Pneumologie verfügbar sein. Nur so ist gewährleistet, dass rund um die Uhr qualifizierte Ansprechpartner für die Beratung anderer Leistungserbringer bei schwierigen Problemkonstellationen (seltene Lungenerkrankungen oder seltene hochkomplexe Konstellationen bei häufigen Lungenerkrankungen) zur Verfügung stehen. Entscheidend ist dabei nicht die Bezeichnung in den Krankenhausplänen der Länder, sondern die Erfüllung der Kriterien gemäß der für alle Anlagen geltenden Fachabteilungsdefinition des G-BA (§ 5 Abs. 3 Allgemeiner Teil der Zentrums-Regelungen). Diese umfasst u.a. die jederzeitige Facharztverfügbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten. Die Fachgesellschaften führen selbst aus, dass die von ihnen vorgeschlagenen personellen Anforderungen keine Ausreichende Expertise für die</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Ja. Änderung des BE: Unter § 1 Abs. 1: „und Das Lungenzentrum steht in Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie“</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Mitarbeit bei einer sachdienlichen und operationalisierbaren Lösung an.</p> <p>Unbestritten sollte folgender Zusatz erfolgen:</p> <p><i>„Das Lungenzentrum steht in Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie“</i></p> <p>Begründung des Zusatzes:</p> <p>Wir halten die Aufnahme der Kooperation für die qualitativ hochstehende Expertise für unverzichtbar. Die Expertise der Thoraxchirurgie ist in vielen einzelnen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei pneumologischen Erkrankungen gefragt. Beispiele hierfür sind die Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms in den frühen Stadien, die Diagnostik des pulmonalen Rundherdes,</p>	<p>Übernahme besonderer Aufgaben sicherstellen. Folglich ist der Vorschlag der Fachgesellschaften als nicht geeignet zurückzuweisen.</p> <p>Es verwundert, dass die Fachgesellschaft einerseits die hohe Bedeutung der Fachexpertise der Thoraxchirurgie für verschiedene Lungenerkrankungen darlegt, andererseits aber keine Vorhaltung dieser Fachabteilung am Standort eines medizinischen Spitzenzentrums für erforderlich hält. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zeichnet sich ein Zentrum durch die Bündelung einer besonderen Fachexpertise an einzelnen Standorten aus, die das Zentrum befähigt, eine Mentorenfunktion für andere Krankenhäuser zu übernehmen und diese bei schwierigen Fallkonstellationen zu beraten. Wenn sich das Zentrum diese Expertise durch Kooperationen mit anderen Krankenhäusern einholen muss, entspricht dies nicht einem Zentrum im Sinne dieser Regelungen.</p> <p>DKG</p> <p>Zustimmung zu den Ausführungen. Ebenfalls unterstützt die DKG das</p>	<p>UPV</p> <p>Ja</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>die Lungenvolumenreduktion und die Residualchirurgie. Auch bei der Diagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung ist die operative Probengewinnung und anschließende gemeinsame Bewertung der Befunde Bestandteil der Expertise eines Lungenzentrums. Hier haben sich gemeinsame Boards für Lungenkarzinom, -emphysem und -fibrose in direkter und auch telemedizinischer Form sehr bewährt.</p>	<p>Anliegen der Fachgesellschaften und übernimmt die Vorhaltung einer Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie. UPV: Der Vorschlag der Stellungnehmer wird in angepasster Form übernommen. Die Expertise der Thoraxchirurgie ist die Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms unabdingbar, daher wird eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie zur Anforderung für die Anrechnung von Lungenkrebsfällen auf die Mindestfallzahl. Die Änderung erfolgt unter § 1 Absatz 5 (s.u.).</p>	
DGAI	32	<p>S.6 (Anm. d. GS § 1 Absatz 1 Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen) Nr. 4 lit. c) Die Auflistung von geforderten Atmungstherapeuten macht derzeit noch keinen Sinn. Einerseits ist dies eine noch nicht in der Breite verfügbares Berufsbild und andererseits wird die dahinterstehende Therapie häufig vom Fachbereich der Physiotherapie durchgeführt.</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Atmungstherapeuten sind darauf spezialisiert, Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen professionell zu betreuen und zu beraten. Im Rahmen einer curriculären Weiterbildung (z.B. der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie) werden theoretische sowie klinisch-praktische Kompetenzen vermittelt, die den Einsatz in spezialisierten Weaning-</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein DKG Ja. Siehe Würdigung DGP, DGT, DGP, lfd. Nr. 38.</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>Einheiten ermöglichen. Atmungstherapeuten arbeiten interprofessionell und kooperativ mit Ärzten, Pflegekräften und anderen Therapeuten unter der fachlichen und organisatorischen Verantwortung eines Facharztes zusammen. Das Berufsbild Atmungstherapeut umfasst Tätigkeiten im gesamten Fachgebiet der Pneumologie und ist nicht zu verwechseln mit dem Atemphysiotherapeuten der ausschließlich Physiotherapie des respiratorischen Systems anbietet (vgl. https://www.ruhrlandklinik.de/karriere/ort-und-weiterbildung/atmungstherapeut/).</p> <p>Um eine „Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit“ eines Atmungstherapeuten für Beratungsleistungen zu gewährleisten, sind mindestens fünf Atmungstherapeuten erforderlich. Das Vorschlag der Fachgesellschaft ist daher abzulehnen.</p> <p>DKG</p> <p>Die DKG begrüßt die Hinweise der Fachgesellschaft. Siehe Würdigung DGP, DGT, DGP, lfd. Nr. 38.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
DRG, DeGIR, GPR	33	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 2 2.3.1.1.2 Nummer 2 „mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG)“,</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der neuen Formulierung zu</p>		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>
DGP, DGT, DGP	34	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 2 2.3.1.1.2 Nummer 2 „mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG)“,</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu</p>		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>
DGP, DGT, DGP	35	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 3 2.3.1.1.3 Nummer 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“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu</p>		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>
DGP, DGT, DGP	36	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. a) 2.3.1.1.4.1 Buchstabe a) „Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten, mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,“</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der GKV an.</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Kenntnisnahme</p> <p>DKG Kenntnisnahme und Anpassung des Regelungstextes der DKG.</p>	<p>GKV-SV/PatV Nein</p> <p>DKG Ja. Übernahme der Formulierung: „Vorhaltung einer Intensivstation mit</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
					mindestens 6 Intensivbetten, mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,“
	37	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. b) 2.3.1.1.4.2 Buchstabe b) „Vorhaltung einer Station mit mindesten 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung,“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmten der Formulierung zu</p>		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>
	38	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. c) 2.3.1.1.4.3 Buchstabe c) Änderungsvorschlag Vorhandensein von mindestens einem Atmungstherapeuten am Standort,</p>	<p>Es besteht aus unserer Sicht keine Notwendigkeit der Vorhaltung einer Beratungs- und Behandlungsleistung durch Atmungstherapeuten 24 Stunden am Tag. Die Leistung der Atmungstherapie soll aber regelrecht und in angemessenem Umfang abrufbar sein. Die DGP war in der Vergangenheit verantwortlich für die Etablierung der Standards der Atmungstherapeuten mit einem klar umrissenen Curriculum und befürwortet die Einbindung in das</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Die Vorhaltung von nur einem Atmungstherapeuten am Standort des Zentrums ist unzureichend, da es nicht plausibel erscheint, dass ein einzelner Atmungstherapeut sowohl die eigenen Patientinnen und Patienten versorgen als auch die Beratung anderer Krankenhäuser jederzeit gewährleisten kann. Zudem wäre für Urlaubszeiten und mögliche Krankheitsfälle keine Vertretung gewährleistet.</p> <p>DKG Die DKG nimmt die Hinweise der Fachgesellschaften dankend auf und passt den Beschlusentwurf der DKG entsprechend an.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Ja. c) Vorhandensein von einem Atmungstherapeuten am Standort.</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>Konzept der Lungenzentren (Karg O, Bubulj C, Esche B, Geiseler J, Bonnet R, Mäder I. Der Atmungstherapeut. Pneumologie. 2008;62(11):685-9.). Dennoch ist Atmungstherapeut – noch – keine staatlich anerkannte Berufsbezeichnung und die Verfügbarkeit am Markt ist stark eingeschränkt.</p>		
	39	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. d) 2.3.1.1.4.4 Buchstabe d) „die Weaning-Einheit behandelt jährlich mindestens 40 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär,“ Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Wir sehen keine Veranlassung, über Zertifizierungskriterien des WeanNet hinauszugehen, da eine Qualitätsverbesserung mit > 40 Patienten nicht belegbar ist. Durch die geforderten 100 Patienten der Gruppe 3 würde die Anzahl der Zentren auf eine unrealistisch niedrige Zahl reduziert werden. Bei einer Forderung in dieser Höhe muss ebenfalls beachtet</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Zunächst ist festzustellen, dass für eine Mindestfallzahl von 40 Patientinnen und Patienten von der Fachgesellschaft keine wissenschaftlichen Belege vorliegen. Die WeanNet Studie zeigt hingegen, dass die Zahl 40 Patientinnen und Patienten schon vor fünf Jahren von 27 Kliniken erfüllt wurde (vgl. Windisch W, Dellweg D, Geiseler J, Westhoff M, Pfeifer M, Suchi S, Schönhofer B: Prolonged weaning from mechanical ventilation: results from specialized weaning centers—a registry-based study from the WeanNet Initiative.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBVJa. Um eine Überprüfung der Mindestfallzahl zu vereinfachen, ist der ab dem Jahr 2021 anwendbare OPS-Kode für prolongierte Beatmungsentwöhnung zu kodieren. DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>werden, dass die Zahl der Patienten der Gruppe 3 nicht unabhängig von der Zahl der vorgehaltenen Weaningbetten betrachtet werden kann. Bei der geforderten Bettenzahl von acht sind 40 Patienten im Jahr realistisch, eine höhere Patientenzahl erfordert auch mehr Betten.</p> <p>Die Strukturen der Deutschen Weaning-Zentren (alle mit einer Mindestzahl von 40 Fällen) haben sich bewährt. Dies kann an der Ergebnisqualität nachgewiesen werden (Windisch W, Dellweg D, Geiseler J, Westhoff M, Pfeifer M, Suchi S, et al. Prolonged Weaning from Mechanical Ventilation. Dtsch Arztebl Int. 2020;117(12):197-204), so dass wir der Position der DKG zustimmen.</p> <p>Die zitierte Arbeit von Lone und Walsh ist eine ökonomische Analyse aus Großbritannien, die</p>	<p>Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 197–204. DOI: 10.3238/arztebl.2020.019). Erstaunlich ist in dieser Studie überdies die hohe Zahl von sog.“ Specialised Weaning Centres“ die mit sehr geringen Fallzahlen aufwarten (drei Kliniken hatten nur einen Patienten oder eine Patientin in fünf Jahren), was die Notwendigkeit der Konzentration dieser Versorgung dringend nahelegt. Die Studie fordert dann auch genau das. Neben der grundsätzlichen wissenschaftlichen Frage, ob man Kliniken in eine Studie einschließen sollte, die in fünf Jahren nur einen komplexen Patientenfall behandelt haben, drängt sich auch die Frage auf, ob man Kliniken mit so geringer Behandlungserfahrung “Specialised Weaning Centres“ nennen kann.</p> <p>Die oben zitierte Studie zeigt, dass die durchschnittliche Verweildauer eines Weaning Patienten 18 Tage beträgt. Nimmt man eine durchschnittliche Belegungsquote von 80 % und eine Verweildauer von 18 Tagen an, so bräuchte man nur zwei Weaningbetten um nach den Vorstellungen des Stellungnehmers als Weaningzentrum ausgewiesen zu werden. Nach dieser Logik ist ein Krankenhaus, das weniger</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			keine Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität in Deutschland zulässt (Lone NI, Walsh TS. Prolonged mechanical ventilation in critically ill patients: epidemiology, outcomes and modelling the potential cost consequences of establishing a regional weaning unit. Crit Care. 2011;15(2):R102.).	als einen Weaningpatienten oder eine Weaningpatientin in der Woche behandelt und über zwei Weaningbetten verfügt geeignet andere Krankenhäuser und insbesondere erfahrene Intensivmediziner in Beatmungsfragen zu beraten. Vor diesem Hintergrund erscheint die Forderung des GKV-Spitzenverbandes geradezu moderat, denn bei 100 Weaningpatientinnen oder -patienten benötigt man lediglich sechs Weaningbetten um zum Weaningzentrum zu werden. Um eine Überprüfung der Mindestfallzahl zu vereinfachen, soll der ab dem Jahr 2021 anwendbare OPS-Kode für prolongierte Beatmungsentwöhnung kodiert werden. DKG Zustimmende Kenntnisnahme	
	40	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. e) 2.3.1.1.4.4 Buchstabe e) Änderungsvorschlag</p> <p>Buchstabe e) streichen: jährlich werden mindestens insgesamt 40 Beatmungsentwöhnungen versucht oder Beendigungen</p>	Die Weaning-Einheit versucht jährlich bei mindestens 40 Patientinnen und Patienten mit prolongierter Beatmung (Gruppe 3 der internationalen Weaning-Klassifikation) stationär	<p>GKV-SV/PatV/KBV Dem Vorschlag der Fachgesellschaft wird gefolgt.</p> <p>DKG Die DKG stimmt den Ausführungen der Fachgesellschaften zu, weshalb dieser</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Ja Anlage 7 § 1 Abs. 1 Nr. 4 Buchst. e wird gestrichen.</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung durchgeführt	die Beendigung der Beatmung (Entwöhnung) oder beendet eine früher eingeleitete häusliche Beatmung. Wir sehen keinen inhaltlichen Unterschied zwischen den Punkten 2.3.1.1.4.4 Buchstabe d) und e)	Punkt in der DKG Variante nicht enthalten ist.	
	41	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. f) 2.3.1.1.4.5 Buchstabe f)</p> <p>„die Weaningeinheit stellt eine adäquate Schulung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sicher,“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>
	42	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. g) 2.3.1.1.4.6 Buchstabe g)</p> <p>„die Mitglieder des Behandlungsteams erörtern regelmäßig Aspekte der Entscheidungen am Lebensende in einem Forum und“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>
DGP, DGT, DGP	43	<p>§ 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. h) 2.3.1.1.4.7 Buchstabe h)</p> <p>„die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt jährlich mindestens 40 Patienten mit prolongiertem</p>	Wir stimmen der Formulierung der DKG zu, vor allen Dingen, weil das Weaning-Register die qualitative Voraussetzung für eine gesicherte Struktur und	<p>GKV-SV/PatV/KBV s.o.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisname</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.“</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	somit Ergebnisqualität dokumentiert.		
DIVI	44	<p>Anlage 2 TrGr_Zentrums-Regelungen bzgl. Anlage 7 Lungenzentren 2.3.1.1.4 Nummer 4 2.3.1.1.4.1 Buchstabe a) (Anm.d.GS: Stellungnahme zu den Tragenden Gründen)</p> <p>Hier wird lediglich auf das Weaningzertifikat der DGP Bezug genommen. Das Weaningzertifikat der DGAI ist hier nicht aufgeführt, sollte aber auch einen Teil der Diskussionsgrundlage darstellen, da sich das DGAI-Zertifikat insbesondere in den Bereichen Personal und Technik durch höhere Qualitätsanforderungen vom DGP-Zertifikat unterscheidet.</p> <p>Aus Sicht der DIVI sollte die eigenständige Leitung durch Pneumologen der Weaningseinheit/Intensivstation eines Lungenzentrums keine conditio sine qua non sein. Hier ist auch eine interdisziplinäre Leitung sehr gut möglich und wird auch an einigen Standorten mit Erfolg praktiziert.</p> <p>Nach Ansicht der DIVI ist eine Intensivstation von lediglich 6 ITS Betten in der Anzahl der Betten für eine Weaningseinheit zu gering bemessen. Eine ITS mit 6 Betten entspricht auch nicht den Zertifikatanforderungen an eine Weaningseinheit. Die DIVI schlägt als alternative</p>		<p>DKG</p> <p>Für den Beschlussentwurf der DKG wurden die aktuell verfügbaren Zertifizierungskriterien und die aktuelle Literatur gesichtet. Durch die gewählten Kriterien sind aus Sicht der DKG die Expertise eines Lungenzentrums abgebildet. Darüber erachtet die DKG eine Vorhaltung von einer Intensivstation mit 6 Betten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit und die Vorhaltung von einer Station mit 8 Betten für nicht-invasive Beatmung als ausreichend.</p> <p>GKV-SV/PatV/KBV</p> <p>Nur vom G-BA geeignete Kriterien wurden ausgewählt – kein Änderungsbedarf</p>	<p>DKG/GKV-SV/KBV/PatV Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusse Entwurf
		Lösung vor, eine Kooperation mit zertifiziertem Weaningzentrum zu etablieren.			
	45	2.3.1.1.4.3 Buchstabe c) (Anm.d.GS: Stellungnahme zu den Tragenden Gründen vgl. auch BE § 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. c)) Aus Sicht der DIVI erscheint eine Verfügbarkeit eines Atmungstherapeuten an 6 von 7 Tagen für das Erreichen des medizinischen Ziels ausreichend.		GKV-SV/DKG/KBV/PatV Siehe oben (Position Atmungstherapeuten)	GKV-SV/DKG/KBV/PatV Nein
	46	2.3.1.1.4.7 Buchstabe h) (Anm.d.GS: Stellungnahme zu den Tragenden Gründen vgl. auch BE § 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. h)) Die DIVI unterstützt ausdrücklich die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung. Allerdings muss das Führen eines Weaningregister bei verpflichtender Eingabe DGP unabhängig werden.		GKV-SV/KBV/PatV/DKG Ein zentrales Register für die Meldung, Weaningregister ist bereits in diesem Bereich etabliert.	
DGKJ, DGKC H, GPP, GPOH, GPR, GPGE, GPN	47	Anl. 7 § 1 Qualitätsanforderungen (1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen Ergänzung eines Punktes 5 Bei Kindern und jugendlichen Patienten vor Vollendung des 18. Lebensjahres ist im Notfall – das bedeutet nur bei ungeplanter Aufnahme/Vorstellung – ein Kinder- und Jugendarzt mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-	Die Ergänzung dieses Punktes ersetzt die Formulierungen unter Absatz 3e (Seite 11) und 5c (Seite 13). Diese Formulierungsvorschläge sind aus unserer Sicht strikt abzulehnen, da sie keine qualitativ ausreichende medizinische und psychosoziale Betreuung der betroffenen Kinder- und Jugendlichen ermöglichen werden.	GKV-SV/PatV/KBV Bei den besonderen Aufgaben von Zentren geht es nicht um die Festlegung von Notfall- und (Regel-)Versorgungskonzepten. Es geht um die Beratung anderer Krankenhäuser bei hochkomplexen oder seltenen Erkrankungen durch Zentren der Spitzenmedizin, die eine außergewöhnliche Fachexpertise in der Lungenheilkunde vorhalten. Da die Fachgesellschaften darauf hinweisen, dass die besondere Expertise für pulmonale Hypertonie,	GKV-SV/PatV/KBV Ja in Anlage 7 § 1 Abs. 5 Nr. 5 Buchst. c gestrichen: „eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH von Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren ist

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		<p>und Jugendpneumologe innerhalb von 30 Minuten hinzuzuziehen und der Patient dann zu verlegen. Die weitere kontinuierliche Behandlung erfolgt in einem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin unter fachlicher Leitung des Kinder- und Jugendarztes mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie, bzw. ambulant in den Händen eines Kinder- und Jugendarztes mit Zusatz- Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie. Abweichungen hiervon sind nur im Rahmen von lokal etablierten strukturierten Transitionsprogrammen für Jugendliche und junge Erwachsene zulässig.</p>	<p>Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum einschließlich 18. Lebensjahr muss in fachlich qualifizierten Zentren für Kinder- und Jugendmedizin erfolgen, die für die jeweilige Erkrankung erforderlichen Spezialisierungen vorhalten. Bei den hier für Lungenzentren genannten Erkrankungsgruppen wie z.B. die Behandlung der Tuberkulose oder des Pulmonalen Hypertonus betrifft das in erster Linie die Kinder- und Jugendpneumologie, die Kinder-Infektiologie, die Kinderkardiologie sowie die Kinderradiologie. Hier müssen die Besonderheiten dieser Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen bis zum Abschluss ihrer körperlichen und sozialen Entwicklung</p>	<p>die auf angeborene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zurückzuführen ist, in den Herzzentren mit EMAH Zertifizierung zu verorten ist und nicht in den Lungenzentren, wird in Anlage 7 § 1 Abs. 5 Nr. 5 Buchst. c gestrichen.</p> <p>DKG Kenntnisnahme. Siehe zur grundsätzlichen Ausführung zu Würdigung der Stellungnahme der DGKJ, DGPK, GPP, GPOH, GPR, GPGE, lfd. Nr. 3. Siehe Würdigung zu dem Vorschlag der Fachgesellschaften DGP, DGT, DGP, lfd. Nr. 74, 85.</p>	<p>bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sind aber auch die biografischen und psychosozialen Besonderheiten der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien zu berücksichtigen. Für Patienten mit pulmonaler Hypertonie, die aufgrund angeborener Erkrankungen bzw. im Kindesalter entstanden sind, sind Kinderkardiologische Zentren ohne Altersbegrenzung mit EMAH Zertifizierung zuständig. Für eine angemessene ganzheitliche Behandlung der Kinder und ihrer Familien sind daher die Strukturen eines Zentrums für Kinder und Jugendmedizin zwingend erforderlich, denn entsprechende Strukturen, z.B. Krankenhausschule werden in Zentren der Erwachsenenmedizin</p>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>schlichtweg nicht vorgehalten. Dieses betrifft Kinder und Jugendliche bis zum Abschluss ihrer körperlichen und sozialen Reifung, im Regelfall also bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. In dem vorgelegten Entwurf wird dieses ja an einigen Stellen implizit z.B. von den Vertretern der Kostenträger anerkannt, wenn bei der Mukoviszidose für das Lungenzentrum eine Altersgrenze von 18 Jahren gezogen wird (s. Seite 12). In analoger Weise muss dies auch dann für die anderen Krankheitsbilder gelten. Wir verweisen hier nicht zuletzt auf die Gebietsdefinition im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin der aktuell gültigen Musterweiterbildungsordnung. Daher schlagen wir vor, in dem Beschlussentwurf eine</p>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusse Entwurf
			allgemeine Formulierung wie in der linken Spalte, voranzustellen. Kooperierende pädiatrische Spezialitäten und der Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie sind einzubeziehen (ggf. telemedizinisch).		

6.2.4.3 Absatz 2 „Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusse Entwurf
DRG, DeGIR, GPR	48	§1 Absatz 2 2.3.1.2 Absatz 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.“ Stellungnahme Wir stimmen der neuen Formulierung zu		GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein
DGP, DGT, DGP	49	2.3.1.2 Absatz 2: Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen		GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		Berichtes, der die Ergebnisse des Lungenzentrums darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt. Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.			

6.2.4.4 Absatz 3 „Forschungstätigkeit und Vernetzung“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
DRG, DeGIR, GPR	50	§1 Absatz 3 Nr. 3 2.3.1.3.3 Nummer 3 „das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum)“ Stellungnahme Wir stimmen der neuen Formulierung zu		GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein
DGP, DGT, DGP	51	2.3.1.3.1 Nummer 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, Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.		GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein
	52	2.3.1.3.2 Nummer 2		GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		<p>Das Zentrum nimmt an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil und</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>			
	53	<p>2.3.1.3.3 Nummer 3</p> <p>das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>
DKG	54	<p>Ergänzung eines weiteren Punktes:</p> <p>4. Das Lungenzentrum weist eine Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen nach</p>	<p>Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. befürwortet die Hinzunahme eines 4. Punktes in die obligat nachzuweisenden Anforderungen an die Forschungstätigkeit und Vernetzung. Mit der Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum, das entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen ausgewiesen ist, wird die Zusammenarbeit im Sinne von übergreifend arbeitenden Netzwerken gefördert.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV/UPV</p> <p>Der Vorschlag ist nachvollziehbar und wird übernommen. Da ein Krankenhausstandort ggf. sowohl ein onkologisches Zentrum als auch ein Lungenzentrum vorhalten kann, wird der Formulierungsvorschlag entsprechend modifiziert.</p> <p>DKG Siehe Ausführungen zu der Würdigung der Stellungnahme der Fachgesellschaften DGP, DGT, DGP, lfd. Nr. 88.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV/UPV</p> <p>Ja In Anlage 7 § 1 Abs. 3 wird folgende Nr. 4 eingefügt: „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.“</p> <p>DKG Nein</p>

6.2.4.5 Absatz 4 „Mindestfallzahlen“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
DGP, DGT, DGP	55	<p>2.3.1.4 Absatz 4: Mindestfallzahlen (Position DKG)</p> <p>„Es werden jährlich mindestens 2.500 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose (J00-J99, C34, A15-A16, A19, I27) behandelt“</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Wir schließen uns der Formulierung der DKG mit einem Zusatz bei der C34 an. Die C34* muss in einem qualitätsgesicherten Umfeld erbracht werde (Vorgaben wie in einem zertifizierten Lungenkrebszentrum nach DKG)</p> <p>*Die C34 kann dann zu den Mindestfallzahlen gerechnet werden, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt: 1.Behandlung von mindestens 200 Primärfällen</p>	<p>Es sollten der überwiegende Teil der Hauptdiagnosen in die Gesamtzahl eingehen, die auch in den Spezialisierungen genannt werden. Da diese Vorgehensweise methodisch sehr aufwendig ist und letztendlich ab einer gewissen Anzahl nur Grenzeffekte bringt, schließen wir uns dem Vorschlag der DKG an, da die Mehrzahl der Hauptdiagnosen eingeschlossen wird und damit ein breites Behandlungsspektrum identifiziert.</p> <p>Insbesondere sind wir der Meinung, dass für die Diagnose, Therapie und das Management von Komplikationen bei der Behandlung des Lungenkrebses die uneingeschränkte Expertise eines</p>	<p>GKV-SV/KBV</p> <p>Das gewählte Diagnosespektrum entspricht nicht den Krankheitsbildern, zu denen eine Beratung anderer Krankenhäuser durch ein Lungenzentrum erforderlich ist. Insbesondere saisonale grippale Infekte, Erkältungserkrankungen und allergischer Schnupfen erfordern nicht die herausragende Expertise eines Zentrums der Spitzenmedizin.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband vertritt die Auffassung, dass besondere Aufgaben im Bereich Lungenkrebs den onkologischen Zentren zuzuordnen sind. Er folgt dabei der fachlichen Einschätzung der Deutschen Krebsgesellschaft, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen des Lungenkrebses die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen erfordert. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren in besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie oder auch Palliativmedizin.</p> <p>Bei den besonderen Aufgaben der Zentren der Spitzenmedizin geht es</p>	<p>GKV-SV/KBV</p> <p>Ja</p> <p>Anlage 7 § 1 Abs. 4 wird wie folgt geändert:</p> <p>Es werden jährlich mindestens 1.500 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose behandelt (Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: J40-J47, J60-J70, J82, J84.- oder C34). Fälle mit der Hauptdiagnose C34 werden in die Ermittlung der Mindestfallzahl nur dann einbezogen, wenn jährlich mindestens 200 Primärfälle mit Erstdiagnose C34 am Standort des Zentrums behandelt werden und das Lungenzentrum Teil eines onkologischen Zentrums gemäß Anlage 2 am Standort ist.“</p> <p>PatV</p> <p>Enthaltung</p> <p>DKG</p> <p>Ja. C34 erhält eine Fußnote mit dem Zusatz: „Darf nur gezählt</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>mit Erstdiagnose (C34) pro Jahr und, 2.Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren (Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Stand: 11.09.2019 Version G2)</p>	<p>Lungenzentrums gefordert werden muss. Bei jährlich über 60.000 Neuerkrankungen (Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (Hrsg.). Berlin, 2016) und noch höher prognostizierten Zahl für 2020 halten wir es für unabdingbar, dass Lungenkrebs Teil der Expertise eines Lungenzentrums sein muss. Die C34 muss in einem qualitätsgesicherten Umfeld erbracht werde (Vorgaben wie in einem zertifizierten Lungenkrebszentrum nach DKG) zur Weiteren Definition verweisen wir auf die Ausführungen unter 2.3.1.5.6 Nummer 6.</p>	<p>insbesondere um die Beratung anderer Krankenhäuser zu komplexen oder seltenen Fallkonstellationen. Gerade diese Fälle sollten von den onkologischen Zentren beraten und möglichst auch behandelt werden, um die breite interdisziplinäre Expertise der Onkologischen Zentren im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Der GKV-Spitzenverband kann dem Vorschlag der Fachgesellschaft insoweit folgen, dass Lungenzentren, die Teil eines onkologischen Zentrums gemäß Anlage 2 am Standort sind, Fälle mit der Diagnose C34 in die Mindestfallzahl einbeziehen können. Die Mindestfallzahl des GKV-Spitzenverbandes ist dementsprechend um 200 Fälle zu erhöhen. PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p>	<p>werden, wenn die Anforderungen für Spezialisierung Punkt 6. eingehalten werden.“ UPV Ja UPV für §1 Abs. 4 „Es werden jährlich mindestens 1.500 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose behandelt (Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: C34, J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.-). Die Fälle mit der Hauptdiagnose C34 können für das Erreichen der Mindestfallzahlen nur herangezogen werden, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: 1. Das Lungenzentrum behandelt mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose (C34) pro Jahr und</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>DKG Die DKG teilt die Auffassung der Fachgesellschaft, dass Lungenkrebs ein Teil der Expertise eines Lungenzentrums darstellen kann, weshalb die entsprechende Hauptdiagnose nachzuweisen ist. Um eine qualitätsgesicherte Erbringung dieser Diagnosen zu sichern müssen die Anforderungen der Spezialisierung erfüllt werden, damit die Diagnose gezählt werden kann.</p> <p>UPV Dem Vorschlag der Stellungnehmer wird gefolgt und in abgeänderter Form als eigene Position eingefügt. Die für die Berechnung der Mindestfallzahl herangezogenen Diagnosen werden bereinigt, da die Versorgung dieser Erkrankungen nicht der Beratung durch Lungenzentren bedarf und ihre Versorgung keinen geeigneten Nachweis für außergewöhnliche Fachexpertise im Bereich der Lungenheilkunde darstellen. Es handelt sich hierbei u.a. Erkältungsschnupfen, saisonale Grippe, Bronchitis oder chronische</p>	2. das Lungenzentrum verfügt über eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie.“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				<p>Entzündungen der Nasennebenhöhlen. Die erforderliche Mindestfallzahl wird daher um 1000 Fälle abgesenkt.</p> <p>Zusätzlich wird dem Vorschlag der Stellungnehmer zu § 1 Absatz 1 Nummer 1 derart gefolgt, dass eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie zur Anforderung für die Anrechnung von Lungenkrebsfällen auf die Mindestfallzahl wird.</p>	
DKG	56	<p>Ergänzung der Position GKV-SV/KBV</p> <p>Position GKV-SV / KBV „Es werden jährlich mindestens 1.300 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose behandelt (Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.-).“</p> <p>Die Hauptdiagnose C34 kann für das Erreichen der Mindestfallzahlen gezählt werden, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <p>1. Behandlung von mindestens 200 Primärfällen mit</p>	<p>Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. unterstützt ausschließlich die Position des GKV-SV/KBV und befürwortet die Hinzunahme der Hauptdiagnose C34 in den Geltungsbereich eines Lungenzentrums, wenn nachweislich aufgrund der regionalen und strukturellen Besonderheiten eine Betreuung am Standort des kooperierenden Onkologischen Zentrums, entsprechend Anlage 2 der Zentrums-Regelungen, nicht möglich ist.</p>	<p>GKV-SV/KBV s.o. PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Siehe Würdigung DGP, DGT, DGP, lft. Nr. 55.</p> <p>UPV</p>	<p>GKV-SV/KBV Ja, s.o. PatV Enthaltung DKG siehe Würdigung DGP, DGT, DGP, lfd. Nr. 55.</p> <p>UPV Ja</p> <p>UPV für § 1 Abs. 4 „Es werden jährlich mindestens 1.500 stationäre Fälle mit einer Lungenerkrankung als Hauptdiagnose behandelt (Fälle mit einer der folgenden</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Erstdiagnose (C34) pro Jahr und</p> <p>2. Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren (Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Stand: 11.09.2019 Version G2) und</p> <p>3. das Lungenzentrum ist Kooperationspartner eines Onkologischen Zentrums, welches die Qualitätsvorgaben der Anlage 2 erfüllt.</p>	<p>Im Sinne einer Gleichbehandlung aller PatientInnen ist es dafür jedoch notwendig, dass die Anforderungen an die zu erbringende Qualität und Quantität in einem Lungenzentrum nicht hinter den bereits konsentierten Inhalten der Zentrumsregelungen, Stand BAnz AT 12.03.2020 B2 zurückbleibt. Dafür ist der Nachweis der Erfüllung der Punkte 1-3 zu erbringen.</p>	<p>Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird gefolgt und in abgeänderter Form als eigene Position eingefügt. Da Krebserkrankungen im aktuellen Vorschlag noch nicht abgebildet sind, wird die Mindestfallzahl um 200 erhöht. Nummer 3 des Vorschlags wird aufgrund der Systematik unter § 1 Absatz 3 Nummer 4 verortet. Zusätzlich wird dem Vorschlag der Fachgesellschaften DGP, DGT und DGP zu § 1 Absatz 1 Nummer 1 derart gefolgt, dass eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie zur Anforderung für die Anrechnung von Lungenkrebsfällen auf die Mindestfallzahl wird.</p>	<p>Hauptdiagnosen: C34, J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.-).</p> <p>Die Fälle mit der Hauptdiagnose C34 können für das Erreichen der Mindestfallzahlen nur herangezogen werden, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Lungenzentrum behandelt mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose (C34) pro Jahr und 2. das Lungenzentrum verfügt über eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie.“

6.2.4.6 Absatz 5 „Spezialisierungen am Standort“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
DGP, DGT, DGP	57	<p>2.3.1.5 Absatz 5: Spezialisierungen am Standort</p> <p>Es sind mindestens zwei der folgenden sieben Spezialisierungen am Standort vorhanden:</p> <p>Stellungnahme</p> <p>Wir schließen uns der Formulierung der DKG an und schlagen ebenfalls sieben Spezialisierungen vor.</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Kenntnisnahme</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
DGSM	58	<p>(5) Spezialisierungen am Standort</p> <p>Seitens der DGSM wird vorgebracht, dass die Vorhaltung einer Behandlungseinheit zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (SBAS) als Spezialisierung am Standort einbezogen wird (s. dazu auch die Stellungnahme der DKG):</p> <p>Folgende Mindestanforderungen müssen erfüllt werden:</p> <p>a) Vorhaltung eines Schlaflabors gemäß Leitfaden und Kriterien für die Akkreditierung von Schlaflaboren der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)</p> <p>Stand: Somnologie, 21: S. 200-209, 2017 zur stationären Versorgung</p>	<p>Die Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen ist integraler Bestandteil der Pneumologie. Deshalb bedürfen SBAS-Patientinnen und Patienten einer differenzierten und häufig auch langfristigen pneumologischen Betreuung. In den meisten Fällen ist diese im Rahmen eines ambulanten Settings möglich. Für die Betroffenen, bei denen eine komplexe Störung vorliegt, insbesondere infolge von Komorbiditäten und bei denen die konventionellen therapeutischen Maßnahmen nicht zielführend sind, ist eine intensiverte Betreuung erforderlich. Diese kann nur stationär in einem übergeordneten Zentrum erfolgen, analog zu den Patientinnen und Patienten der übrigen aufgelisteten Schwerpunkte.</p> <p>So benötigen ca. 1 Mio. Menschen in Deutschland eine nächtliche</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV</p> <p>Der GKV-Spitzenverband sieht die Schlafmedizin nicht als besondere Spezialisierung eines Lungenzentrums vor, auch wenn er anerkennt, dass die DGSM sehr differenziert Qualitätskriterien an eine Behandlungseinheit zur Diagnostik und Therapie von schlafbezogenen Atmungsstörungen darlegt inkl. einer Mindestfallzahl der Patientinnen und Patienten in dieser Einheit. Die Leistungen eines Schlaflabors sind jedoch weit überwiegend ambulante Leistungen. Seit der Ergänzung der BUB-RL (heute: MVV-RL) durch Beschluss des G-BA vom 15.6.2004 ist die Polysomnographie in der Regel Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher ambulant durchzuführen (vgl. Urteil des BSG vom 16.05.2012, B 3 KR 14/11 R). Die Polysomnographie ist mithin eine ambulante Leistung. Eine alleinige Beratung von niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzten</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV</p> <p>Nein</p> <p>DKG</p> <p>Ja. Ergänzung des BE zu § 1 Abs. 5 Nr. 7:</p> <p>„9. nächtliche CO2-Messung</p> <p>10. In regelmäßigen Abständen (mindestens 1x pro Quartal) werden Fallkonferenzen in einem schlafmedizinischen Board, bestehend aus Schlafmedizinern und Schlafmedizinerinnen aus den Fachgebieten Kardiologie, HNO, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Allgemeinmedizin durchgeführt, um interdisziplinäre Fragestellungen bei schlafmedizinischen Patientinnen und Patienten zu erörtern.“</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>von Patienten, bei denen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ambulante Verfahren ausgeschöpft sind oder 2. schwere Begleiterkrankungen vorliegen oder 3. ein erhöhter Betreuungs-/ Überwachungsaufwand besteht unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen, den vollstationären Krankenhausaufenthalt zur Durchführung einer Polysomnographie betreffend. <p>b) Leitung und stellv. Leitung des Schlaflabors durch einen Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>mit Zusatz-Weiterbildung</p>	<p>Atmungsunterstützung (CPAP-Therapie) bei nachgewiesener schlafbezogener Atmungsstörung. Bei ca. 15% davon ergeben sich Probleme, die einer intensivierten Betreuung bedürfen, um einen Therapieabbruch zu vermeiden. Ein Lungenzentrum sollte auch auf die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten ausgerichtet sein. Andererseits kann ein Lungenzentrum nicht allen Kriterien der schlafmedizinischen Versorgung gerecht werden, da es neben den SBAS eine große Anzahl weiterer Schlafstörungen gibt, wie Insomnien, schlafbezogene Bewegungsstörungen, Parasomnien, schlafbezogene circadiane Rhythmusstörungen und Hypersomnolenzen, die der Betreuung durch andere schlafmedizinisch spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte bedürfen. Auf die Diagnostik und Therapie dieser Schlafstörungen ist ein Lungenzentrum nicht</p>	<p>durch Krankenhäuser und die Vergütung dieser Beratung durch einen Zentrumszuschlag auf der Grundlage des KHEntgG ist daher nicht möglich.</p> <p>Die Fachgesellschaft legt dar, dass ein Lungenzentrum nicht allen Kriterien der schlafmedizinischen Versorgung gerecht werden kann, da SBAS nur einen kleinen Anteil des breiten Spektrums der Schlafstörungen ausmachen. Dies spricht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eindeutig dafür, dass eine herausragende Expertise in der Schlafmedizin nur an größeren, interdisziplinär aufgestellten Krankenhäusern mit schlafmedizinisch spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten aus verschiedenen Fachgebieten (u.a. Neurologie, Kardiologie) vorgehalten werden kann.</p> <p>DKG</p> <p>Die DKG befürwortet die Ausführungen der DGSM, dass bei Vorliegen von komplexen Störungen der Atmung eine</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Schlafmedizin der Ärztekammer oder mit Qualifikationsnachweis Somnologie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (Stand: 03. September 2013) oder</p> <p>4. Qualifikation Somnologist der European Sleep Research Society (ESRS) (Stand: 7. Oktober 2013) und</p> <p>c) das Schlaflabor verfügt über eigene, als Einzelzimmer ausgestattete Räume und</p> <p>d) Vorhaltung polysomnographischer Messtechnik mit kontinuierlicher Aufzeichnung und Überwachung mit mindestens den folgenden Messverfahren:</p> <p>1. Atmung mit Atemflussmessung nasal und oral oder Maskendruckmessung</p>	<p>ausgerichtet. Um der interdisziplinären Grundstruktur der Schlafmedizin gerecht zu werden, sollen die Lungenzentren regelmäßige Fallkonferenzen mit Vertretenden anderer schlafmedizinischer Disziplinen durchführen, da bei SBAS-Betroffenen auch andere Schlafstörungen bestehen können.</p>	<p>besonders intensive Bereuung in einem Schlaflabor notwendig ist, weshalb die DKG eine Spezialisierung auf diesem Gebiet vorsieht. Darüber hinaus bedankt sich die DKG für die weiterführenden Hinweise und übernimmt die Ergänzungen teilweise. Die Mindestfallzahl von 250 Patienten, welche im Schlaflabor behandelt werden sollen, ist nicht ausreichend belegt. Beispielsweise ist nicht ersichtlich, ob diese Zahl ambulante und stationäre Fälle umfasst. Da die Zentrums-Regelungen den Bereich des KHEntgG betreffen, sind ausschließlich stationäre Fälle zu berücksichtigen. Eine Mindestfallzahl ist nach der mündlichen Anhörung erneut zu prüfen.</p> <p>Darüber hinaus werden die nächtliche Co2-Messung sowie die Durchführung von Fallkonferenzen, wie von der Fachgesellschaft vorgeschlagen, in den Beschlussentwurf der DKG aufgenommen. (Siehe lfd. Nr. 89)</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>g bei PAP-Therapie und Atmungsexkursionen von Thorax und Abdomen</p> <p>2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)</p> <p>3. Elektrokardiographie (EKG)</p> <p>4. Aufzeichnung der Körperlage</p> <p>5. Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen</p> <p>6. Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen</p> <p>7. Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen</p> <p>8. Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens</p> <p>gem. Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie</p>			

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>schlafbezogener Atmungsstörungen,</p> <p>ergänzt um</p> <p>9. nächtliche CO2-Messung</p> <p>e) Das Schlaflabor nimmt am Qualitätsmanagement der DGSM teil https://www.dgsm.de/akkreditierung.php?language=german.</p> <p>f) Jährlich werden mindestens 250 schlafmedizinische Patientinnen und Patienten betreut.</p> <p>g) In regelmäßigen Abständen (mindestens 1x pro Quartal) werden Fallkonferenzen in einem schlafmedizinischen Board, bestehend aus Schlafmedizinern und Schlafmedizinerinnen aus den Fachgebieten Kardiologie, HNO, Neurologie, Psychiatrie und</p>			

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		Psychotherapie und Allgemeinmedizin um durchgeführt, um interdisziplinäre Fragestellungen bei schlafmedizinischen Patientinnen und Patienten zu erörtern.			
DGP, DGT, DGP	59	§ 1 Absatz 5 Nr. 1 lit. a) 2.3.1.5.1.1 Buchstabe a) Vorhaltung einer Station mit mindesten 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung (können identisch zu § 1 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b sein), Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.		GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein
		§ 1 Absatz 5 Nr. 1 lit. b) 2.3.1.5.1.2 Buchstabe b) „Behandlung von jährlich mindestens 500 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47, , sowie J96.-, falls COPD als Nebendiagnose verschlüsselt ist) als Hauptdiagnose am Standort,“ Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.	Die sehr unterschiedlichen Zahlenangaben insbesondere als Hauptdiagnose werden von der DGP und der DGT kritisch gesehen: Häufig ist die COPD in Lungenzentren eine Nebendiagnose, weil zum Beispiel COPD in Lungenzentren sehr häufig unter der Hauptdiagnose „respiratorisches Versagen“ (J96.-) als Nebendiagnose kodiert wird. Ein Fokus auf die Hauptdiagnose würde aus unserer Sicht vor allem Notfallkliniken und Primärversorger als	GKV-SV/KBV Da das Kriterium der Mindestfallzahlen nicht nur auf Lungenfachkliniken angewendet wird, sondern für alle Krankenhausstandorte zu prüfen ist, würde eine Absenkung der vom GKV-Spitzenverband geforderten Mindestfallzahl von 1.200 Fällen auf 500 Fälle genau das Gegenteil von dem bewirken, was die Fachgesellschaft fordert. Es würde eine Vielzahl von Krankenhäusern als Lungenzentrum klassifiziert	GKV-SV/DKG/KBV Nein PatV Enthaltung

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Lungenzentren ausweisen, da sie viele Patienten über die Notaufnahme aufnehmen. Dies würde dem Gedanken von „Expertise in der Breite“ widersprechen.</p> <p>Eine Fallzahl von 500 COPD Hauptdiagnosen somit ist ausreichend, um das gesamte Spektrum – auch komplizierter Verläufe- einschließlich hypoxischem und hyperkapnischem Atmungsversagen, interventionsbedürftiger Fälle von Emphysem, seltene Erkrankungen (A1-AT-Mangel) zu sehen.</p>	<p>werden, die als Grund- und Regelversorger Patienten mit COPD versorgen. Dies wird dadurch verschärft, dass auch unter Absatz 4 ein sehr unspezifisches Diagnosespektrum von der Fachgesellschaft gefordert wird, welches u.a. saisonale grippale Infekte, Erkältungserkrankungen und allergischer Schnupfen umfasst. Zudem wäre bei einer Absenkung der Fallzahlen die Wahrscheinlichkeit, dass im relevanten Umfang komplexe Erkrankungsfälle behandelt werden und eine entsprechende Erfahrung vorliegt deutlich geringer als bei der vom GKV-Spitzenverband geforderten Fallzahl, die genau die Kliniken beschreibt, die diese seltenen und komplexen Fälle bereits heute behandeln.</p> <p>PatV</p> <p>Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen. DKG Zustimmungde Kenntnisnahme	
	60	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 1 lit. c) 2.3.1.5.1.3 Buchstabe c)</p> <p>„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 α1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden.“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>
	61	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 1 lit. d) 2.3.1.5.1.4 Buchstabe d)</p> <p>„Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen“</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Die Rechtsherzkatheter-Untersuchungen ist nie eine Notfallindikation, sondern immer eine elektive diagnostische Maßnahme bei einer chronischen Erkrankung. Eine Vorhaltung 24/7 ist somit aus unserer Sicht nicht erforderlich und der Schweregrad einer</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Herz-Kreislauf-Erkrankungen tragen wesentlich zum erhöhten Sterberisiko von COPD-Patientinnen und Patienten bei. Eine pulmonale Hypertonie (pH) ist eine der häufigsten Komorbiditäten und die Untersuchung mittels Rechtsherzkatheter stellt den</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		Eine 24/7 Verfügbarkeit ist nicht erforderlich.	Rechtsherzbelastung wird im Notfall mittels einer Echokardiografie abgeschätzt, die regelhaft auf der zurecht geforderten Intensiveinheit vorhanden ist. Der Gedanke des Lungenzentrums ist nicht allein Versorgung, sondern auch die übergeordnete Anlaufstelle für Problemfragen. Daher kann nicht die unmittelbare Versorgungsfrage Entscheidungskriterium sein, sondern die fachliche Expertise.	Goldstandard zum Nachweis einer pH dar (vgl. Neuror, C. et al. (2019). Essenzielle Praxisfragen: Herzessache COPD. Dtsch Arztebl 2019; 116(7): [10]; DOI: 10.3238/PersPneumo.2019.02.15.002). Daher muss die Rechtsherzkatheteruntersuchung in einem Zentrum jederzeit möglich sein und es muss jederzeit die Expertise zur Beratung anderer Krankenhäuser vorgehalten werden. DKG Zustimmende Kenntnisnahme	
	62	§ 1 Absatz 5 Nr. 1 lit. e) Änderungsvorschlag 2.3.1.5.1.4 Buchstabe e) Das Lungenzentrum muss eine Kooperation mit einem multiprofessionellen Palliativteam vorhalten oder ein solches am Standort vorhalten.	Die Behandlung von Patienten mit COPD in einem Lungenzentrum wird ganz überwiegend schwerstkranken Patienten einschließen. Die Zusammenarbeit mit Palliativversorgern ist bereits in den Lungenkrebszentren gefordert, die zwingend Teil eines Lungenzentrums sein müssen. Die Ausweitung der Zusammenarbeit zwischen Pneumologie und Palliativmedizin auch im nicht-onkologischen Bereich wird die	GKV-SV/KBV Der GKV-Spitzenverband vertritt die Auffassung, dass besondere Aufgaben im Bereich Lungenkrebs den onkologischen Zentren zuzuordnen sind. Siehe hierzu Ausführungen oben. Zudem stuft er die Kooperation mit einem Palliativteam nicht als besondere Vorhaltung im Sinne der Zentrums-Regelungen ein. Um eine palliativmedizinische Versorgung in der Fläche zu gewährleisten, wurden in den vergangenen Jahren vier	GKV-SV/PatV/KBV Nein DKG Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Versorgung der Patienten mit COPD verbessern und den Zentrumscharakter stärken</p>	<p>Zusatzentgelte für palliativmedizinische Versorgung geschaffen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst“ (OPS-Kode 8-98h.0), 2. „Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst“ (OPS-Kode 8-98h.1) 3. Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-982) 4. spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-98e). <p>Der Gesetzgeber hat die Palliativmedizin in den letzten Jahren erheblich gestärkt, zuletzt mit dem Hospiz- und Palliativgesetz aus dem Jahre 2015. Die GKV vergütet diese Leistungen mit über 220 Mio. Euro pro Jahr.</p> <p>DKG</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				Die DKG stimmt den inhaltlichen Ausführungen der Fachgesellschaften zu. Aufgrund der Vielzahl der Regelungen zur palliativmedizinischen Versorgung ist davon auszugehen, dass in der Fläche eine Vorhaltung sichergestellt ist. Eine Regelung im Zusammenhang mit den Zentrums-Regelungen ist aus Sicht der DKG nicht erforderlich.	
DRG, DeGIR, GPR	63	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 1 lit. c) 2.3.1.5.1.3 Buchstabe c)</p> <p>„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 α1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden.“</p> <p>Stellungnahme</p> <p>Wir stimmen der neuen Formulierung zu.</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Kenntnisnahme</p> <p>DKG Siehe lfd. Nr. 65</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Ja. Siehe lfd. Nr. 65</p>
DRG, DeGIR, GPR	64	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 2 lit. a) Position GKV-SV / KBV / PatV 2.3.1.5.2.1 Buchstabe a)</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>„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 o-der 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 Therapie-entscheidung getroffen wird. Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden,“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung von GKV-SV / KBV /PatV mit minimaler Änderung zu (telemedizinische Anbindung FA f. Pathologie)</p>		<p>Da die Fachkonferenz telemedizinisch durchgeführt werden kann, gilt die Möglichkeit einer telemedizinischen Anbindung gleichermaßen für alle beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte. Die besondere Hervorhebung der Pathologie ist nicht erforderlich.</p> <p>DKG Siehe lfd. Nr. 65</p>	<p>DKG Ja. Siehe lfd. Nr. 65</p>
<p>DGP, DGT, DGP</p>	<p>65</p>	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 2 lit. a) 2.3.1.5.2.1 Buchstabe a)</p> <p>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 (telemedizinische Anbindung der Pathologie möglich). Bei Bedarf nimmt ein Facharzt</p>	<p>Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie sollte die Mindestbesetzung für ein IL-Board sein, letztere z.B. auch durch telemedizinische Anbindung.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV s.o.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein, s.o.</p> <p>DKG Ja. Übernahme des Punktes: „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 (telemedizinische</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		<p>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.</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung des GKV-SV mit minimaler Änderung an (telemedizinische Anbindung FA f. Pathologie)</p>			<p>Anbindung der Pathologie möglich). 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.“</p>
	66	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 2 lit. b) 2.3.1.5.2.2 Buchstabe b) „jährliche Behandlung von mindestens 80 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J60.- bis J64.-, J66.-, J67.-, J68.4,</p>	<p>Die Fallzahl von n=80 p.a. ist angemessen, da die Diagnostik und Therapie interstitieller Lungenerkrankungen an Lungenzentren ganz überwiegend ambulant durchgeführt wird und die stationäre Fallzahl somit die</p>	<p>GKV-SV/KBV Der Stellungnehmer verkennt, dass es bei den Zentrums-Regelungen nicht darum geht, alle Krankenhäuser zu identifizieren, die regelmäßig Patientinnen und Patienten mit diesem Krankheitsbild</p>	<p>GKV-SV/KBV Nein PatV Enthaltung DKG</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		<p>J70.1 bis J70.4, J80.- bis J84.-, D86.0, D86.2),“</p> <p>Stellungnahme</p> <p>Wir schließen uns der Formulierung der DKG mit folgenden zusätzlichen Codes Änderungen an:</p> <p>C96.5+/J99.8*, D18.18+/J99.8*, I00, M05.-+/J99.-*, M06.-+/99.-*, M07.-+/99.-*; M30.-+/J99.-*, M31.-+/J99.-*; M32.-+/J99.-*, M33.-+/J99.-*, M34.-+/J99.-*, M35.-+/J99.-*+/J99.-*,M36.8-+/J99.-*</p>	<p>Expertise nur unvollständig widerspiegelt</p> <p>Begründung für die Erweiterung der Hauptdiagnosenliste (Bischoff H, Schönfeld N. Kodierleitfaden für die Pneumologie 2020: medhochzwei; 2020.):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langerhanszell Histiozytose C96.5+/J99.8*: - Lymphangioleiomyomatose (LAM), hier besteht eine Klassifikationslücke daher D18.18+/J99.8* <p>Vaskulitiden und Erkrankungen des Bindegewebes müssen zusätzlich aufgenommen werden. Die genannten Codes sind an die Diagnosenliste der ASV Rheumatologie angelehnt. Bei dieser Versorgungsform gehören die Pneumologen zum Kernteam. Ergibt sich daraus eine stationäre Versorgung in einem Lungenzentrum sollte der Zusatz J99.- gemacht werden.</p>	<p>versorgen, sondern die Krankenhäuser zu beschreiben, die aus dem Kreis vergleichbarer Leistungserbringern der Spitzenmedizin mit ihrer besonderen Expertise herausragen.</p> <p>Allein die Kombination aus der Spezialisierung COPD und der Spezialisierung interstitielle Lungenerkrankungen erfüllen bei Zugrundelegung der vom Stellungnehmer genannten Fallzahlen mehr als 80 Krankenhausstandorte in Deutschland. Da gemäß dem Vorschlag des Stellungnehmers nur zwei aus sieben möglichen Spezialisierungen von einem Lungenzentrum zu erfüllen sind, definiert der Stellungnehmer mit seinem Vorschlag insgesamt mehrere Hundert Krankenhausstandorte als Lungenzentren. Ein bedeutsamer Teil davon ist den Versorgern der Grund- und Regelversorgung zuzuordnen, jedoch nicht den Leistungserbringern der Spitzenmedizin mit einer</p>	<p>Ja.</p> <p>„jährliche Behandlung von mindestens 80 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J60.- bis J64.-, J66.-, J67.-, J68.4, J70.1 bis J70.4, J80.- bis J84.-, D86.0, D86.2, M05.1, M30.1)</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>herausragenden Expertise im Bereich der Lungenheilkunde.</p> <p>Die ergänzend von den Fachgesellschaften genannten Diagnosen sind überwiegend dem Bereich der Rheumatologie zuzuordnen und sollten daher von multidisziplinären rheumatologischen Zentren beraten werden und nicht von einer Lungenfachklinik. Diese Patientinnen und Patienten haben eine systemische Erkrankung und sollten von dem Krankenhaus multidisziplinär beraten und ggf. behandelt werden, in dem ihre Grunderkrankung angesiedelt ist, d.h. vom bzw. im Rheumazentrum. Andernfalls würde ein Rheumapatient oder eine Rheumapatientin mit Lungen-, Nieren- und Herzproblemen sowie einem Steroiddiabetes am Ende von fünf Zentren beraten werden.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass ein Teil der von der Fachgesellschaft vorgeschlagenen Codes nicht den Kodierregeln (Kreuz-Stern-Systematik) entspricht.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				<p>PatV</p> <p>Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG</p> <p>Die DKG bedankt sich für die weitergehenden Hinweise zu der unvollständigen Diagnoseliste. Da die Mindestfallzahlen sich ausschließlich auf Hauptdiagnosen beziehen, wurden jene ICD-Kodes identifiziert, welche eindeutig der Lunge zugeordnet werden konnten.</p>	
	67	§ 1 Absatz 5 Nr. 2 lit c) 2.3.1.5.2.3 Buchstabe c)		<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV</p> <p>Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV</p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		<p>„technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie.“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu</p>			
	68	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 2 lit d) 2.3.1.5.2.4 Buchstabe d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Eine 24/7 Verfügbarkeit ist nicht erforderlich. Eine Rechtsherzkatheteruntersuchung ist nie eine Notfallindikation, sondern immer eine elektive diagnostische Maßnahme bei einer chronischen Erkrankung. Im Notfall ersetzt durch Echokardiografie. Siehe auch 2.3.1.5.1.4 Buchstabe d)</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Herz-Kreislauf-Erkrankungen tragen wesentlich zum erhöhten Sterberisiko von COPD-Patientinnen und Patienten bei. Eine pulmonale Hypertonie (pH) ist eine der häufigsten Komorbiditäten und die Untersuchung mittels Rechtsherzkatheter stellt den Goldstandard zum Nachweis einer pH dar (vgl. Neuror, C. et al. (2019). Essenzielle Praxisfragen: Herzenssache COPD. Dtsch Arztebl 2019; 116(7): [10]; DOI: 10.3238/PersPneumo.2019.02.15.002). Daher muss die Rechtsherzkatheteruntersuchung in einem Zentrum jederzeit möglich sein und es muss jederzeit die Expertise zur Beratung anderer Krankenhäuser vorgehalten werden.</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				DKG Zustimmende Kenntnisnahme	
	69	Änderungsvorschlag 2.3.1.5.2.4 Buchstabe e) (Anm.d.GS: Vermutlich neuer Buchstabe e) in Abs. 5 Nr. 2) „Das Lungenzentrum muss eine Kooperation mit einem multiprofessionellen Palliativteam vorhalten oder ein solches am Standort vorhalten.“	Die Behandlung von Patienten mit Lungengerüsterkrankungen in einem Lungenzentrum wird überwiegend schwerkranke Patienten einschließen. Die Zusammenarbeit mit Palliativversorgern ist bereits in den Lungenkrebszentren gefordert, die zwingend Teil eines Lungenzentrums sein müssen. Die Ausweitung der Zusammenarbeit zwischen Pneumologie und Palliativmedizin auch im nicht-onkologischen Bereich wird die Versorgung der Patienten mit Lungengerüsterkrankungen verbessern und den Zentrumscharakter stärken	GKV-SV/PatV/KBV s.o. DKG Siehe lfd. Nr. 62.	GKV-SV/PatV/KBV Nein DKG Nein
	70	§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit a) 2.3.1.5.3.1 Buchstabe a) „Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose A15.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch o-der	Bei einer jährlichen Zahl der Neudiagnosen von ca. 5000 Tuberkuloseerkrankungen und darunter 120 MDR-Erkrankungen halten wir die Zahl von 50 pro Zentrum für adäquat, um Expertise in der Behandlung zu dokumentieren.	GKV-SV/KBV Der GKV-Spitzenverband kann den Ausführungen der Fachgesellschaften insoweit folgen, als dass sich die Anforderungen an die besondere Expertise in diesem Modul auf die Tuberkulose fokussieren sollten.	GKV-SV/KBV Nein PatV Enthaltung DKG Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		<p>histologisch gesichert), A16.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert) oder A19.- (Miliartuberkulose),“</p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschlag Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>Der Vorschlag des UPV, Erregerspezifische Codes der Pneumonie mit aufzunehmen ist interessant, hat aber aus der Sicht der DGP und der DGT aktuell zwei Nachteile. Zum einen sind Exoten genannt (z.B. pulmonale Tularämie), die sicher durch die Definition einer seltenen Erkrankung hinreichend in Deutschland abgebildet sind.</p> <p>Auf der anderen Seite werden Viruspneumonien genannt, zu der auch Infektionen mit Coronavirus SARS-CoV-2 gehören. Die sachlicher werdende Diskussion in Deutschland insbesondere um die Oxygenierungsmethoden bei CoVID-19 hat verdeutlicht, dass eine pneumologische Expertise bei Viruspneumonien unabdingbar ist, aber die Versorgung der Bevölkerung sollte aktuell – zumindest bis zu einem Durchseuchungsgrad von mehr als 60% der Bevölkerung - in der Breite aufgestellt sein.</p> <p>Eine Inklusion von Viruspneumonien würde somit aktuell operativ am Ziel</p>	<p>Die vorgeschlagene Fallzahl ist jedoch deutlich zu gering angesetzt und wird daher abgelehnt. Der Stellungnehmer erkennt, dass es bei den Zentrums-Regelungen nicht darum geht, alle Krankenhäuser, die dieses Krankheitsbild behandeln, zu identifizieren, sondern die Krankenhäuser zu beschreiben, die aus dem Kreis vergleichbarer Leistungserbringern der Spitzenmedizin mit ihrer besonderen Expertise herausragen.</p> <p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>UPV</p>	<p>UPV Ja</p> <p>UPV für § 1 Abs. 5 Nr. 3 Lit. a) Jährliche Behandlung von mindestens 200 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),</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>vorbeiführen und wir empfehlen die Tuberkulose als <i>pars pro toto</i> für die Expertise bei Lungeninfektionen für die Definition von Lungenzentren zu belassen.</p>	<p>Die Stellungnehmer verkennen, dass das Ziel der Vorgabe von Mindestfallzahlen nicht nur dem Nachweis einer ausreichenden Expertise in der Behandlung dienen soll, sondern insbesondere die Befähigung andere Krankenhäuser bei der Behandlung zu beraten. Dabei ist es erforderlich, dass auch Expertise bei seltenen Lungenerkrankungen und Viruspneumonien in einzelnen Kliniken vorhanden und durch diese Spezialisierung transparent zusammengefasst wird. Das Save-Konzept der Universitätsmedizin Berlin ist ein aktuelles Beispiel, dass es bei der aktuellen Epidemie neben der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in der Fläche auch darauf ankommt, Expertise an wenigen Standorten zu konzentrieren und diese den Versorgern über eine Video-Kommunikationsplattform zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Nach Daten des Statistischen Bundesamts (Fachserie 12 -</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>Reihe 6.2.1) wurden im Jahr 2018 6203 stationäre Fällen mit der Hauptdiagnose A15.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert), A16.- (Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert) behandelt. Zusätzlich noch 258 Fälle mit der Hauptdiagnose A19.- (Miliartuberkulose). Zuzüglich der anderen in der Position des UPV aufgeführten Diagnosen ergibt sich ein jährliches Volumen von über 26.000 Fällen, die zu sehr großen Teilen von Lungenfachklinken versorgt werden.</p> <p>Die geforderten 200 Fälle sind zudem vor dem Hintergrund zu sehen, dass sich Lungenzentren durch außergewöhnliche Fachexpertise auszeichnen sollten, die gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				<p>Spitzenmedizin deutlich heraussticht.</p> <p>Den Aussagen der Stellungnehmer wird jedoch insoweit gefolgt, dass die ICD-10-Kodes A17 und A18 in der Position des UPV gestrichen werden, da es sich hierbei nicht um Tuberkuloseerkrankungen handelt, die primär in Lungenklinken behandelt werden.</p>	
	71	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. b) 2.3.1.5.3.2 Buchstabe b)</p> <p>„Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zum Nachweis von genotypischen Resistenzen sowie zur Resistenztestung, auch in Kooperation möglich,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.“</p>	<p>Eine Bestimmung innerhalb von 24 Stunden ist nicht erforderlich, da i.d.R. bei Tuberkulosedagnostik eine Kooperation mit dem nationalen Referenzzentrum gesucht wird und diese Diagnostik i.d.R. nicht zeitkritisch ist.</p> <p>Siehe auch 2.3.1.5.3.8 Buchstabe h</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV</p> <p>Die schnelle Spezies- und Resistenzbestimmung ist erforderlich, um beim Vorliegen eines Stammes mit einer (Multi-) Resistenz eine spezifische Therapie einzuleiten. Dabei ist sowohl die Austestung aller zur Verfügung stehenden Medikamente als auch die Berücksichtigung des individuellen Resistenzmusters entscheidend, um die Entwicklung weiterer Resistenzen zu vermeiden.</p> <p>Es ist daher nicht entscheidend, wer die Bestimmung vornimmt, sondern dass die Ergebnisse zeitnah vorliegen, um den Patienten oder die Patientin</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV</p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				zielgerichtet behandeln zu können. DKG Zustimmende Kenntnisnahme	
	72	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. c) 2.3.1.5.3.3 Buchstabe c)</p> <p>„eine getrennte Infektionsstation zur Behandlung von ansteckungsfähigen Tuberkulosen einschließlich Multi-drug resistant TB (MDR-TB) ist vorhanden“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>	Eine Infektionsstation ist aus hygienischen Gründen sinnvoll, da Tuberkulosepatienten häufig sehr lange stationär behandelt werden müssen. Eine nosokomiale Übertragung auf nicht infizierte Patienten kann durch eine getrennte Infektionsstation minimiert werden. Raumluftechnische Anlagen - wie sie für eine Isolierstation gefordert werden – sind für eine Infektionsstation nicht erforderlich.	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein
	73	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. d) 2.3.1.5.3.4 Buchstabe d)</p> <p>„Möglichkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ansteckungsfähiger Tuberkulose auf einer Intensivstation,“</p> <p>Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.</p>		GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein
	74	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. e) 2.3.1.5.3.5 Buchstabe e)</p>	Die Verfügbarkeit einer Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	GKV-SV/PatV/KBV Durch die niedrige Inzidenz in den vorangegangenen Jahren	GKV-SV/PatV/KBV Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie und mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB bei Bedarf auch in Kooperation zur Verfügung,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>	<p>mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort ist nicht erforderlich. Tuberkulose ist bei Kinder und Jugendlichen keine akute Erkrankung im Sinne eines Notfalles. Vielmehr sind Dosierung und Nebenwirkungsspektrum der Medikamente insbesondere für die Behandlung von MDR Tb mit erfahrenen Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin abzustimmen</p>	<p>konzentriert sich die Erfahrung im Umgang mit Tuberkulose auf wenige spezialisierte Krankenhäuser. Diese sollten auch jederzeit bei Bedarf einer Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar haben, um andere Krankenhäuser beraten zu können. Die spezifische Expertise einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie ist erforderlich, da das klinische Bild der Tuberkulose erhebliche altersabhängige Unterschiede aufweist.</p> <p>DKG Im Jahr 2018 erkrankten in Deutschland bei insgesamt rückläufiger Tendenz 215 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren an einer Tuberkulose. Werden in dem Zentrum im Rahmen der besonderen Expertise für die Versorgung von Tuberkulose-</p>	<p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				Patienten sowie seines überörtlichen Einzugsbereiches regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren behandelt, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB für die Behandlung dieser Patienten zur Verfügung. Dies kann auch über eine Kooperation erfolgen.	
DRG, DeGIR, GPR	75	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. e) Position DKG / LV 2.3.1.5.3.5 Buchstabe e)</p> <p>„Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie und mit Erfahrung in der Behandlung von TB und MDR-TB bei Bedarf, auch in Kooperation, zur Verfügung,“</p> <p>Stellungnahme</p> <p>Wir stimmen der Formulierung der DKG mit minimaler Änderung zu (... unter 18 Jahren). Telemedizinisch können Fachärztin/Facharzt im Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie hinzugezogen werden.</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV s.o.</p> <p>DKG Siehe lfd. Nr. 74. Eine Anpassung des Alters ist nach der mündlichen Anhörung erneut zu prüfen.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Nein</p>
DGKJ, DGKC H, GPP,	76	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. e) GKV-SV / KBV / PatV</p> <p>„eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und</p>	Diese Formulierungsvorschläge lehnen wir entschieden ab, da sie keine qualitativ	GKV-SV/PatV/KBV s.o.	GKV-SV/PatV/KBV Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
GPOH, GPR, GPGE, GPN		<p>Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie .. von Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren..“</p> <p>DKG / LV „Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren...“</p> <p>UPV: „eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung...“</p> <p>Ebenso wie § 1 Absatz 5 Nr. 5 lit. c) GKV-SV: „eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin..“ DKG / LV: „Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren...“</p>	<p>ausreichende medizinische und psychosoziale Betreuung der betroffenen Kinder- und Jugendlichen ermöglichen werden. Diese sind durch oben stehende Ergänzung zu ersetzen. (Anm.d.GS: Siehe 3.1.1)</p>	<p>DKG Siehe lfd. Nr. 74.</p>	<p>DKG Nein</p>
DGP, DGT, DGP	77	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. f) 2.3.1.5.3.6 Buchstabe f) Änderungsvorschlag Buchstabe f streichen</p>	<p>Vorhaltung eines multidisziplinären Antibiotic Stewardship (ABS) ist nur in sehr wenigen Standorten in Deutschland außerhalb von Unikliniken realisiert und spielt darüber hinaus für die</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Die Verbreitung von Resistenzen und die weiterhin limitierte Neuentwicklung von Antibiotika sowie die zunehmend häufiger auftretenden Lieferengpässe</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV/DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>Diagnostik und Therapie von Patienten mit Tuberkulose-Erkrankungen keine Rolle. ABS ist ein Instrument zur Kontrolle des Antibiotika-verbrauches und -insatzes in der Klinik. Länge und Zusammensetzung der antituberkulösen Therapie richtet sich nach den aktuellen Leitlinien und ist i.d.R. 6-20 Monate lang. Hier braucht es den tuberkuloseerfahrenen Arzt, der über die Fallzahl und die Qualifikation als Facharzt hinreichend definiert ist.</p>	<p>wichtiger Antibiotika machen mehr denn je eine umsichtige, kontrollierte und angemessene Antiinfektiva-Anwendung in allen Bereichen der Medizin notwendig. Die Verankerung von Antibiotic Stewardship Teams (ABS-Teams) in den Lungenzentren speziell in der Behandlungseinheit Tuberkulose, begründet sich aus der Tatsache, dass hier gehäuft sowohl immunsuppressive Behandlungsmethoden als auch Antibiotika zur Anwendung kommen. Im Sinne der besonderen Aufgabenwahrnehmung durch Zentren sollen die ABS-Teams der Lungenzentren auch ABS-Teams anderer Krankenhäuser beraten und entsprechende Fortbildungsangebote bereitstellen. DKG Zustimmende Kenntnisnahme</p>	
	78	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. g) 2.3.1.5.3.7 Buchstabe g) „Möglichkeiten zur Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer HIV/AIDS-Erkrankung</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV Kenntnisnahme DKG Kenntnisnahme</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV/DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		sowie von Patientinnen und Patienten mit einer immunsupprimierenden Erkrankung bestehen und“ Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.		Eine Aufnahme ist nach der mündlichen Anhörung erneut zu prüfen.	
	79	§ 1 Absatz 5 Nr. 3 lit. h) 2.3.1.5.3.8 Buchstabe h) Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Tuberkulose Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.		GKV-SV/PatV/DKG/KBV Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein
DGP, DGT, DGP	80	§ 1 Absatz 5 Nr. 4 lit. a) Änderungsvorschlag 2.3.1.5.4.1 Buchstabe a) Kooperation mit einer Fachabteilung für Gastroenterologie oder Innere Medizin	Der Gedanke des Lungenzentrums ist nicht Versorgung, sondern übergeordnete Anlaufstelle für Problemfragen. Daher kann nicht die unmittelbare Versorgungsfrage Entscheidungskriterium sein, sondern die fachliche Expertise. Diese wird durch die Kooperation unter Einschluss eines Boards realisiert.	GKV-SV/PatV/KBV Der GKV-Spitzenverband stimmt den Fachgesellschaften insofern zu, als dass es bei den Zentrumsleistungen vorwiegend um Beratungsleistungen geht. Allerdings sollten nur solche Krankenhäuser die Beratung Anderer übernehmen, die selbst eine umfassende Erfahrung in der Behandlung dieser Erkrankungen haben. Wenn sich das Krankenhaus die erforderliche Expertise bei anderen Krankenhäusern einholen muss, handelt es sich nicht um ein Zentrum im Sinne dieser Regelungen, das sich von anderen vergleichbaren Leistungserbringern der	GKV-SV/PatV/KBV Nein DKG Ja. Übernahme des Punktes: „Kooperation mit einer Fachabteilung für Gastroenterologie oder Innere Medizin.“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				<p>Spitzenmedizin durch seine besondere Expertise abhebt.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme.</p>	
	81	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 4 lit b) 2.3.1.5.4.2 Buchstabe b) Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose Mukoviszidose (E84.0 Cystische Fibrose mit Lungenbeteiligung, E84.8- Zystische Fibrose, E84.9 Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet) und</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>		<p>GKV-SV/KBV Der GKV-Spitzenverband schließt sich der Einschätzung der Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendmedizin an, dass Kinder- und Jugendliche mit Mukoviszidose von Zentren mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin beraten werden sollten. Daher werden die besonderen Aufgaben in diesem Bereich in den Zentren für seltene Erkrankungen gemäß Anlage 1 verortet. Die Mindestfallzahl von 50 Fällen mit der Hauptdiagnose Mukoviszidose ist daher ausschließlich auf Patientinnen und Patienten im Alter über 18 Jahren zu beziehen.</p> <p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten</p>	<p>GKV-SV/DKG/KBV Nein</p> <p>PatV Enthaltung</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen. DKG Zustimmende Kenntnisnahme	
	82	§ 1 Absatz 5 Nr. 4 lit c) 2.3.1.5.4.3 Buchstabe c) Anwendung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten Stellungnahme Wir stimmen der Formulierung zu.		GKV-SV/PatV/KBV/DKG Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/KBV/DKG Nein
DGP, DGT, DGP	83	§ 1 Absatz 5 Nr. 5 lit a) 2.3.1.5.5.1 Buchstabe a) Jährliche Behandlung von mindestens 50 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose pulmonale Hypertonie (I27.- Sonstige pulmonale Herzkrankheiten), Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.		GKV-SV/KBV Der Stellungnehmer verkennt, dass es bei den Zentrums-Regelungen nicht darum geht, alle Krankenhäuser zu identifizieren, die regelmäßig Patientinnen und Patienten mit diesem Krankheitsbild versorgen, sondern die Krankenhäuser zu beschreiben, die aus dem Kreis vergleichbarer Leistungserbringern der Spitzenmedizin mit ihrer	GKV-SV/DKG/KBV Nein PatV Enthaltung

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>besonderen Expertise herausragen.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass bei der Mindestfallzahl nicht die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten pro Jahr gezählt wird, sondern die Zahl der Krankenhausfälle. Jede stationäre Behandlung einer Patientin oder eines Patienten fließt als Krankenhausfall in die Auswertung ein. Hoepner et al. (2010) kommen auf Basis einer Analyse der europäischen Leitlinien zu dem Ergebnis, dass Zentren für pulmonale Hypertonie jährlich mehr als 50 Patientinnen und Patienten kontinuierlich behandeln müssen sowie monatlich mindestens zwei neue Patientinnen und Patienten in ihr Behandlungsprogramm aufnehmen müssen, um über ausreichend Expertise zu verfügen (Hoepner M, Ghofrani H, Gorenflo M, Grünig E, Rosenkranz S, Schranz D. Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie. Europäische Leitlinien 2009. Der</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>Kardiologe 2010;4(3):189-207.). Da diese Patientinnen und Patienten häufig mehrfach pro Jahr stationär behandelt werden müssen, ist die vom GKV-Spitzenverband festgelegte Mindestfallzahl von 150 pro Jahr sachgerecht, um eine besondere Expertise der in diesen Regelungen definierten Zentren zu beschreiben.</p> <p>PatV Die Festlegung von Zentren vor allem über Mindestmengen ohne Folgenabschätzung ermöglicht der Patientenvertretung keine qualifizierten und sachgerechten Positionierungen. Daran ändern auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften nichts. Somit enthält sich die Patientenvertretung bei der Festlegung von Mindestmengen.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme</p>	
	84	§ 1 Absatz 5 Nr. 5 lit b) Änderungsvorschlag 2.3.1.5.5.2 Buchstabe b)	Der Gedanke des Lungenzentrums ist nicht Versorgung, sondern übergeordnete Anlaufstelle für Problemfragen. Daher kann nicht die unmittelbare	<p>GKV-SV/PatV/KBV s.o.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Ja.</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		Kooperation mit einer Fachabteilung für Innere Medizin oder Kardiologie	Versorgungsfrage Entscheidungskriterium sein, sondern die fachliche Expertise. Diese wird durch die Kooperation unter Einschluss eines Boards realisiert. Siehe auch Punkt: 2.3.1.5.4.1 Buchstabe a)		Übernahme des Punktes: „Kooperation mit einer Fachabteilung für Innere Medizin oder Kardiologie.“
	85	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 5 lit c) 2.3.1.5.5.3 Buchstabe c)</p> <p>Sofern regelhaft Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren mit pH behandelt werden, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH bei Bedarf auch in Kooperation zur Verfügung,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an.</p>		<p>GKV-SV/PatV/KBV</p> <p>Da die Fachgesellschaften an anderer Stelle (s.o.) darauf hinweisen, dass die besondere Expertise für pulmonale Hypertonie, die auf angeborene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zurückzuführen ist, in den Herzzentren mit EMAH Zertifizierung zu verorten ist und nicht in den Lungenzentren, wird in Anlage 7 § 1 Abs. 5 Nr. 5 Buchst. c gestrichen.</p> <p>DKG</p> <p>Die stationäre Versorgung von Kindern mit pulmonaler Hypertonie ist aufgrund der geringen Fallzahl sehr selten. Werden im Rahmen des überörtlichen Einzugsgebietes und der besonderen Expertise des Zentrums regelhaft</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV</p> <p>Ja</p> <p>in Anlage 7 § 1 Abs. 5 Nr. 5 Buchst. c gestrichen:</p> <p>„eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH von Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren ist bei Bedarf jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Standort verfügbar“</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				Patienten unter 15 Jahren mit PH behandelt, steht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie oder mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie und mit Erfahrung in der Behandlung von pH zur Verfügung. Dies kann auch im Rahmen einer Kooperation erfolgen.	
	86	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 5 lit d) 2.3.1.5.5.4 Buchstabe d) Möglichkeit zur Durchführung von Links- und Rechtsherzkatheter-Untersuchungen,</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an. Eine 24/7 Verfügbarkeit ist nicht erforderlich</p>	Links- und Rechtsherzkatheter sind bei pH selten akute Notfälle, sondern fast immer elektive diagnostische Maßnahme bei einer chron. Erkrankung. Im Notfall ersetzt die Echokardiografie, die Beurteilung der Rechtsherzbelastung. Bei der Problematik der akuten Minderperfusion der Koronararterien im Sinne einer ischämischen Kardiomyopathie, ist die Behandlung in eine Fachabteilung für Kardiologie indiziert.	<p>GKV-SV/PatV/KBV Die pulmonale Hypertonie ist eine kombinierte Herz- und Lungenerkrankung. Daher muss das Zentrum auch über eine diesbezügliche Kompetenz in der Diagnostik verfügen. Der GKV-Spitzenverband sieht in seinen Regelungen vor, dass am Standort des Lungenzentrums mit der Spezialisierung pulmonale Hypertonie eine Fachabteilung für Kardiologie verfügbar sein muss. Das diagnostische Vorgehen bei Patientinnen und Patienten mit vermuteter pulmonaler Hypertonie erfordert umfassende Untersuchungen, um die</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG/KBV Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>Diagnose zu bestätigen und den Schweregrad einzuschätzen. In einer Fachabteilung für Kardiologie muss die Durchführung von Links- und Rechtsherzkatheteruntersuchungen jederzeit möglich sein sowie die Expertise zur Beratung anderer Krankenhäuser.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme</p>	
	87	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 5 lit e) Änderungsvorschlag 2.3.1.5.2.4 Buchstabe e)</p> <p>Das Lungenzentrum muss eine Kooperation mit einem multiprofessionellen Palliativteam vorhalten oder ein solches am Standort vorhalten.</p>	<p>Die Behandlung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie in einem Lungenzentrum wird überwiegend schwerkranke Patienten einschließen. Die Zusammenarbeit mit Palliativversorgern ist bereits in den Lungenkrebszentren gefordert, die zwingend Teil eines Lungenzentrums sein müssen. Die Ausweitung der Zusammenarbeit zwischen Pneumologie und Palliativmedizin auch im nicht-onkologischen Bereich wird die Versorgung der Patienten mit pulmonaler Hypertonie verbessern und den Zentrumscharakter stärken</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV s.o.</p> <p>DKG Siehe lfd. Nr. 62.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
DGP, DGT, DGP	88	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 6 2.3.1.5.6 Nummer 6</p> <p>Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:</p> <p>a) Jährliche Behandlung von mindestens 200 Mindestprimärfällen (C34) pro Jahr und,</p> <p>b) Einhaltung der Qualitätsvorgaben gemäß dem Erhebungsbogen für Lungenkrebszentren (Onkozert, Stand: 11.09.2019 Version G21 und</p> <p>c) das Lungenzentrum ist Kooperationspartner eines onkologischen Zentrums, welches die Qualitätsvorgaben der Anlage 2 erfüllt.</p> <p>Änderungsvorschlag Wir schließen uns der Formulierung der DKG mit einem modifizierten Unterpunkt C an und befürworten die Aufnahme einer Behandlungseinheit für Lungenkrebs ausdrücklich.</p>	<p>Wir stimmen dem Vorschlag der DKG zu, weil die Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms untrennbar mit der Expertise eines Lungenzentrums verbunden sein muss. Lungenkrebs ist eine der häufigsten (ca. 60.000 neue Fälle in 2020) und aktuell immer noch tödlichsten Formen des Tumors. Die Versorgung der Patienten erfordert die gesamte diagnostische und therapeutische Bandbreite der hier beschriebenen Lungenzentren, insbesondere auch bei der Therapie von Komplikationen (Pleuramanagement, bronchiale Stenosingen, Dyspnoemanagement, Palliativmedizin).</p> <p>Wir unterstützen den Punkt c) mit dem Zusatz, dass ein Lungenzentrum alternativ einen eigenen onkologischen Schwerpunkt entsprechend den Kriterien eines zertifizierten Lungenkrebszentrums nach Unterpunkten a) und b) darstellen kann.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV s.o.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme. Bezüglich der Ergänzung des Punktes Buchstabe c) ist eine Anpassung nach der Anhörung erneut zu prüfen.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Vorerst nein.</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
	89	<p>§ 1 Absatz 5 Nr. 7</p> <p>2.3.1.5.7 Nummer 7 Schlafmedizin</p> <p>Stellungnahme Wir schließen uns der Formulierung der DKG an und befürworten die Aufnahme einer Behandlungseinheit für Schlafmedizin ausdrücklich.</p>	<p>Die pneumologische Schlafmedizin kann in Teilen, jedoch nicht vollständig ambulant durchgeführt werden. Daher ist auch stationäre Expertise weiter notwendig. Der stationären Diagnostik und Therapie bedürfen Patientinnen/Patienten mit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wesentlichen Begleiterkrankungen, 2. bei denen ambulante Methoden nicht ausreichend waren, 3. begleitenden, nicht pneumologischen schlafmedizinischen Erkrankungen, 4. Risiko für begleitende ventilatorische Insuffizienz (COPD-OSA-Overlap, neuromuskuläre Erkrankungen, Obesitas-Hypoventilationssyndrom). <p>Das Lungenzentrum soll die Aufgabe der übergeordneten Anlaufstelle bei komplexen Krankheitskonstellationen haben, die ambulant oder in anderen stationären Einheiten nicht hinreichend zu lösen sind. Angesichts der hohen Zahl der Patienten und den Limitationen</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV s.o.</p> <p>DKG Zustimmende Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nr. 58.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Ja. Siehe lfd. Nr. 58.</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>der ambulanten Möglichkeiten für komplexe Konstellationen ist mit einem nicht unerheblichen Bedarf an Beratung und Unterstützung durch ein spezialisiertes Zentrum auszugehen.</p>		
DKG	90	<p>Absatz 5 Nr. 6 (Position DKG/LV) Streichung der Position DKG / LV</p>	<p>Die Deutsche Krebsgesellschaft spricht sich für eine Streichung der Position DKG/LV aus. Die Position der DKG/LV sieht vor, dass die Behandlung der PatientInnen mit Lungenkrebs für das Erreichen der Mindestfallzahlen gezählt werden kann (siehe § 1 (4) Mindestfallzahlen Position DKG/LV), dass aber der Nachweis der qualitativen und quantitativen Voraussetzungen lediglich fakultativ erbracht wird (vgl. § 1 (5) Spezialisierungen am Standort. Es sind mindestens zwei der folgenden sieben Spezialisierungen am Standort vorhanden). Damit würden für PatientInnen mit Lungenkrebs ungleiche Behandlungsvoraussetzungen ermöglicht: in einem Lungenzentrum müsste die Kompetenz, so wie sie in</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Den Ausführungen der Deutschen Krebsgesellschaft wird uneingeschränkt zugestimmt.</p> <p>DKG Es ist sichergestellt, dass ausschließlich Zentren mit Spezialisierung auf Lungenkrebs (Spez. Nr. 6) C34-Diagnosen zu der Mindestfallzahl zählen dürfen. Somit würden Patienten mit Lungenkrebs keine „ungleichen“ Behandlungsvoraussetzungen erfahren. Die in der Spezialisierung geforderten Vorhaltungen sind ebenfalls an die Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft angelehnt.</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Ja. Siehe lfd. Nr. 55.</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Anlage 2 der Zentrums-Regelungen bereits beschlossen ist, nicht erfüllt werden. Dieses Vorgehen ist aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft im Sinne aller PatientInnen unbedingt abzulehnen.</p>		

6.2.5 Stellungnahmen zu Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
DGKJ, DGKC H, GPP, GPOH, GPR, GPGE, GPN	91	<p>Zu Anlage 9 §1 Qualitätsanforderungen: Eine Ausweisung in einem Landeskrankenhausplan ist kein Qualitätsmerkmal, zumal die Ausweisung der Kinderonkologien und die Kriterien hierzu in den Landeskrankenhausplänen der verschiedenen Länder völlig heterogen sind.</p> <p>Änderungsvorschlag: analog zu Anlage 2 Qualitätsanforderungen §1 (1) 4. Die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderonkologie) sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) (in Anlage 2, Anforderungen an</p>	<p>Wie bereits in unserer schriftlichen Stellungnahme vom 13.9.2020 und unserer mündlichen Stellungnahme vom 25.10.2020 zum damaligen Beschlussentwurf zur Zentrumsregelung geäußert, war zum 1.1.2020 nur ein Teil der Kinderonkologien in Deutschland in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen ihrer Länder ausgewiesen. Eine Durchsicht aller Landeskrankenhauspläne zum 1.1.2020 sowie eine Umfrage der GPOH hierzu hat erbracht, dass tatsächlich weniger als die Hälfte der Kinderonkologien zum damaligen Zeitpunkt in den Landeskrankenhausplänen ihrer Länder ausgewiesen waren. So war bspw. keine der Kinderonkologien in Bayern im Landeskrankenhausplan ausgewiesen. Durch die Anforderung der Eintragung in den Landeskrankenhausplan als Qualitätskriterium wird vorab ein großer Teil der</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV</p> <p>Der GKV-Spitzenverband hat keine Änderung der Anlage 9 vorgesehen. Zur Klarstellung:</p> <p>Die Zuständigkeit für die Ausweisung in einem Krankenhausplan liegt bei den Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer. Die Ausweisung war bereits vor der Erstfassung der Zentrumsregelungen des G-BA und der Anlage 9 zwingende Voraussetzung für die Wahrnehmung besonderer Aufgaben. Die Übergangsregelung bildet den Status quo zum 1.1.2020 ab, folglich ergaben sich keine Einschränkungen für die bestehenden kinder-onkologischen Zentren.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband stimmt den Stellungnehmern insoweit zu, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit onkologischen Diagnosen bis</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV Nein</p> <p>DKG Vorerst nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		onkologische Zentren) sind zu erfüllen.	<p>Kinderonkologien von der Vergütung besonderer Ausgaben ausgeschlossen.</p> <p>Durch das Verschieben der Ausformulierung der Anlage 09 „Kinderonkologische Zentren“ entgeht denjenigen Kinderonkologien, die im Landeskrankenhausplan ihrer Länder zum 1.1.20 zwar ausgewiesen waren, auch im Jahre 2021 die Möglichkeit, besondere Aufgaben in der Kinderonkologie, die nicht in Anlage 2 (Onkologische Zentren) definiert sind, vergütet zu bekommen. Hierbei handelt es sich um Aufgaben, die durch die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie von Kinderonkologischen Zentren gefordert werden und deren Vergütung im DRG-System nicht adäquat abgebildet ist. Dazu gehören Aufgaben wie Vorhaltung einer zellbiologischen Laboreinheit, Aufwendungen für die Referenzdiagnostik vor Ort, der zusätzliche Aufwand, der mit der Durchführung einer</p>	<p>zum 18. Lebensjahr nur in entsprechend hochqualifizierten Einrichtungen erfolgen sollte. Er sieht diesen Anspruch durch die aktuelle Regelung in Anlage 2, die die Kinderonkologie als Teil eines onkologischen Zentrums vorsieht, als umgesetzt an.</p> <p>DKG</p> <p>Die DKG teilt die Auffassung der Fachgesellschaften, dass eine Ausweisung in einem Landeskrankenhausplan nicht zwingend ein Qualitätsmerkmal bedeutet. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, sieht der Gesetzgeber eine Ausweisung im Krankenhausplan oder entsprechenden Feststellungsbescheiden jedoch als Voraussetzung an.</p> <p>Die Erweiterung der besonderen Aufgaben der Anlage 9 um die in der Begründung genannten Tatbestände wird nach der mündlichen Anhörung erneut geprüft.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Therapieoptimierungsstudie verbunden ist, sowie die Meldung kinderonkologischer Fälle an das Kinderkrebsregister in Mainz. Dass diese Leistungen nicht in den DRGs abgebildet werden, wurde vom Oberverwaltungsgericht Münster am 27.10.2017 entschieden (13A2563/17) und vom Bundesverwaltungsgericht am 28.8.2019 (3 B 5.18) bestätigt.</p> <p>Zuletzt möchten wir betonen, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit onkologischen Diagnosen bis zum 18. Lebensjahr immer im Kontext eines interdisziplinär aufgestellten pädiatrischen Zentrums unter Einbeziehung nicht nur der Kinderonkologie, sondern auch der kooperierenden pädiatrischen Spezialdisziplinen, z.B. Kinder-Intensivmedizin, Kinderkardiologie und des Schwerpunktes Kinder- und Jugendradiologie zu denken ist.</p>		

6.2.6 Verfristete Stellungnahme

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
DGA	92	<p>Ad §1 Qualitätsanforderungen (1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen</p> <p>Bezüglich der Vorgaben von GKV-SV, LV, PatV, LV und DKG sehen wir neben den geforderten Kompetenzen eines neurovaskulären Zentrums die Angiologie, vertreten durch einen Facharzt für Angiologie, als essenziell.</p>	<p>In der Versorgungsrealität sind Angiologen nicht nur in die Diagnostik, sondern auch in die konservative und interventionelle Therapie von Erkrankungen der zuführenden Hirnarterien maßgeblich eingebunden. Sie nehmen bereits heute in der Versorgungsstruktur neurovaskulärer Patienten eine tragende Rolle ein. Während die rasche Diagnostik eines akuten zerebralen Insultes in den neurovaskulären Zentren durch die Neuroradiologen erfolgt, werden weitere diagnostische oder therapeutische Aufgaben vielfach durch Angiologen geleistet.</p> <p>Die Nachsorge nach revaskulierender Therapie und unmittelbare postoperativen oder postinterventionellen Kontrollen, noch während des stationären Aufenthaltes, zusätzliche Aspekte in der Diagnostik und weiteren Therapie der Patienten von Relevanz, die in der Kernkompetenz des Angiologen liegen:</p>	<p>Der UA BPL hat sich mit der verfristeten Stellungnahme der DGA inhaltlich befasst.</p>	<p>Aus den in der Stellungnahme getroffenen Feststellungen ergibt sich kein (folgender) Änderungsbedarf im Beschlussentwurf. (:)</p> <p>GKV-SV Kein Änderungsbedarf</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<ul style="list-style-type: none"> • Das Erkennen von Dissektionen / Residualbefunden / lokalen Komplikationen erfordert eine hohe Expertise in duplexsonographischer Diagnostik. • Zerebrovaskuläre Erkrankungen sind nicht isoliert zu betrachten, sondern meist Ausdruck einer generalisierten kardiovaskulären Systemerkrankung. Deren Diagnostik und Behandlung zählt zur Kernkompetenz der Angiologie. • Die notwendige Erstellung des Behandlungsplans bezüglich sekundärprophylaktischer Maßnahmen, der Therapie atherosklerotischen Risikofaktoren, der notwendigen antithrombotischen oder antikoagulatorisch wirksamen Therapie wie auch die Festlegung der weiteren diagnostischen 		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>und therapeutischen Schritte zur Senkung der individuellen kardiovaskulären Mortalität wird durch Angiologen oder zumindest in Abstimmung mit einem Angiologen erstellt.</p> <p>Als Kernkompetenz ist die Diagnostik und Therapie zerebrovaskulärer Erkrankungen Bestandteil der Weiterbildungsordnung zum Facharzt Angiologie und wird folglich von den kooperierenden Disziplinen in neurovaskulären Zentren abgefragt.</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. ist in die Erstellung einschlägiger Leitlinien, zuletzt „S3 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der extrakraniellen Carotisstenose“ federführend mit eingebunden.</p> <p>Wir sehen die Notwendigkeit, unter dem Punkt personelle und fachliche Anforderungen, neben dem Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, auch den Facharzt für Innere Medizin und Angiologie zu Gewährleistung</p>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			einer qualitativ hochwertigen Versorgung zerebro-vaskulär erkrankter Patienten zu ergänzen.		

7. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 (Zentrums-Regelungen) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Änderung der §§ 3 und 5 sowie der Anlagen 6, 7, 8 und 9

Vom 28. September 2020

Vorsitzender:	Herr Prof. Hecken
Beginn:	11:00 Uhr
Ende:	12:41 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e. V. (DGH):

Herr Prof. Dr. van Schoonhoven

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK):

Herr Prof. Dr. Haas

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI):

Herr Prof. Dr. Marx

Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG):

Frau Dr. Wesselmann

Deutsche Gesellschaft für Kinder u. Jugendmedizin e. V. (DGKJ):

Herr Prof. Dr. Schneider

GF Pädiatrische Radiologie (GPR):

Herr Dr. Klee

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN):

Herr Prof. Dr. Berlit

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR):

Herr Prof. Dr. Weber

Herr Prof. Dr. Urbach

Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG):

Herr Prof. Dr. Steinmetz

Herr Prof. Dr. Nabavi

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH):

Herr Prof. Dr. Kontny

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM):

Frau Prof. Dr. Orth

Ges. für Pädiatrische Pneumologie e. V (GPP):
Herr Prof. Dr. Seidenberg

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP):
Herr Prof. Dr. Pfeifer
Herr Prof. Dr. Bauer

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT):
Herr Dr. Hecker

Deutsche Röntgengesellschaft (DRG):
Herr Prof. Dr. Schönberg
Herr Dr. Völker

Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI):
Frau Dr. Bele

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC):
Herr Prof. Dr. Goldbrunner
Herr Prof. Dr. Rohde

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Meine Damen und Herren! Herzlich willkommen im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wir haben heute eine Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136 c Abs. 5 SGB V, hier konkret Änderungen der §§ 3 und 5 sowie der Anlagen 6, 7, 8 und 9. Wir haben die entsprechenden dissidenten Beschlussentwürfe zur Stellungnahme gestellt und insgesamt 24 Stellungnahmen fristgerecht und eine Stellungnahme verfristet erhalten. Ich bedanke mich ganz herzlich für die schriftlichen Stellungnahmen, die zum Teil sehr konstruktiv und weiterführend waren, weil sie uns geholfen haben, bestimmte Problempunkte zu erkennen. Wir haben uns in der Arbeitsgruppe mit den Stellungnahmen befasst, sodass Sie davon ausgehen können, dass wir nicht bei null anfangen und nicht jede einzelne Stellungnahme durchdeklinieren müssen. Wir werden das weitere Verfahren so strukturieren, dass, nachdem ich die Anwesenheit festgestellt habe, zunächst eine Runde von Fragen der Bänke an die Stellungnehmer gerichtet wird, um einzelne Punkte noch einmal ganz gezielt vertieft zu diskutieren. Am Schluss werde ich den Stellungnehmern die Möglichkeit geben, auf aus ihrer Sicht wichtige Punkte hinzuweisen, die vielleicht in der folgenden Anhörung noch nicht in der gebotenen Tiefe diskutiert worden sind. Aber, wie gesagt, zunächst wird die Frage-und-Antwort-Runde stehen.

Wir führen wieder ein Wortprotokoll; deshalb muss ich Sie bitten, wenn Sie sich nachher zu Wort melden, Ihren Namen und die Fachgesellschaft, die Sie vertreten, zu nennen, damit das entsprechend festgehalten werden kann. Im Zuge des schriftlichen Stellungsverfahren haben Stellungnahmen abgegeben zum einen die Bundesärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e. V., die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie, die Deutsche Gesellschaft für Pathologie, die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie, die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Schlaganfallgesellschaft, die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie, die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, die Deutsche Röntgengesellschaft, die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung, die Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie, die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie und die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie.

Wir haben alle Stellungnehmer zur heutigen mündlichen Anhörung eingeladen; 17 Gesellschaften haben von dieser Einladung Gebrauch gemacht und sind heute hier vertreten. Da muss ich jetzt die Anwesenheit feststellen.

Die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e. V. müsste durch Herrn Professor Dr. Jörg van Schoonhoven, den Generalsekretär, vertreten sein. Herr van Schoonhoven, sind Sie da? – Er fehlt noch, da machen wir ein Fragezeichen. Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler müsste durch Herrn Professor Dr. Haas vertreten sein.

(Herr Prof. Dr. Haas, DGPK: Jawohl, ich bin hier.)

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin müsste durch Herrn Professor Dr. Marx vertreten sein.

(Herr Prof. Dr. Marx, DIVI: Ist anwesend.)

Die Deutsche Krebsgesellschaft müsste vertreten sein durch Frau Dr. Wesselmann.

(Frau Dr. Wesselmann, DKG: Ja, ich bin da.)

Hier sofort die Anmerkung: Meines Wissens kann die Deutsche Krebsgesellschaft nur bis 12 Uhr an der Veranstaltung teilnehmen. Deshalb meine Bitte an die Bänke: Wenn Sie nachher Fragen an die Deutsche Krebsgesellschaft haben – das betrifft den Bereich Lungenzentren –, dann bitte das zuerst machen, damit wir die Anwesenheit nutzen können. Die Deutsche Kinder- und Jugendmedizin müsste durch Herrn Professor Dr. Schneider vertreten sein.

(Herr Prof. Dr. Schneider, DGKJ: Ich bin anwesend.)

Die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie müsste durch Herrn Dr. Klee vertreten sein.

(Herr Dr. Klee, GPR: Ich bin anwesend.)

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie ist vertreten durch Herrn Professor Berlit.

(Herr Prof. Dr. Berlit, DGN: Jawohl, ich bin da.)

Die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie ist vertreten durch Herrn Professor Weber und Herrn Professor Urbach.

(Herr Prof. Dr. Urbach, DGNR: Herr Urbach ist da. – Herr Prof. Dr. Weber, DGNR: Herr Weber auch.)

Die Deutsche Schlaganfallgesellschaft ist vertreten durch Herrn Professor Steinmetz und Herrn Professor Nabavi.

(Herr Prof. Dr. Steinmetz, DSG: Ich bin anwesend. – Herr Prof. Dr. Nabavi, DSG: Ich auch.)

Die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie ist vertreten durch Herrn Professor Kontny.

(Herr Prof. Dr. Kontny, GPOH: Ja, ich bin da. Guten Morgen.)

Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin ist vertreten durch Frau Professor Orth. Frau Orth?

(Zuruf: Frau Orth ist da. Sie hat sich eben gemeldet.)

Wunderbar.

Die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie ist vertreten durch Herrn Professor Seidenberg.

(Herr Prof. Dr. Seidenberg, GPP: Ich bin auch da.)

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, vertreten durch die Professores Pfeifer und Bauer.

(Herr Prof. Dr. Bauer, DGP: Bauer ist hier. – Herr Prof. Dr. Pfeifer, DGP: Pfeifer auch.)

Die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie, vertreten durch Herrn Professor Hofmann und Herrn Dr. Hecker.

(Herr Dr. Hecker, DGT: Ich bin da. Herr Hofmann wird nicht teilnehmen.)

Okay. – Dann die Deutsche Röntgengesellschaft, vertreten durch Herrn Professor Schönberg und Herrn Dr. Völker.

(Zuruf: Ja, wir sind da.)

Die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin, vertreten durch Frau Dr. Bele.

(Frau Dr. Bele, DGNI: Frau Bele ist anwesend.)

Last but not least, die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, vertreten durch Herrn Professor Goldbrunner und Herrn Professor Rohde.

(Herr Prof. Dr. Goldbrunner, DGNC: Ich bin anwesend. – Herr Prof. Dr. Rohde, DGNC: Ich bin auch anwesend.)

Okay. – Dann jetzt meine Frage in die Runde: Ist noch jemand dabei, der nicht aufgerufen wurde? Das dürfte eigentlich nicht der Fall sein.

Prof. Dr. van Schoonhoven: Entschuldigen Sie bitte, für die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie leider gerade erst zugeschaltet Professor van Schoonhoven.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Jawohl, Herr Professor van Schoonhoven, ich wollte Sie gerade noch einmal aufrufen; ich hatte Sie mit Fragezeichen versehen. Dann sind wir komplett. – Wie gesagt, noch einmal: Herzlich willkommen! Wir bitten darum, dass Sie, wenn Sie jenseits der Frage-und-Antwort-Runde angesprochen sind und ergänzend etwas ausführen möchten, durch virtuelles Handzeichen eine Wortmeldung abgeben. Wir werden zunächst, wie bereits angekündigt, die Frage-und-Antwort-Runde durch die Bänke Patientenvertreter, Ländervertreter machen, die ganz gezielte Fragen an Sie richten und am Schluss eine allgemeine Rederunde, wo Sie dann aus Ihrer Sicht wichtige Punkte ansprechen können.

Ich würde zunächst den Blick an die Bänke richten und die Frage stellen: Wer möchte mit den Fragen beginnen, die Sie vorbereitet haben? Noch einmal die herzliche Bitte, die Deutsche Krebsgesellschaft möglichst an den Anfang zu ziehen, damit wir die Anwesenheit der Deutschen Krebsgesellschaft bis 12 Uhr nutzen können. Wer möchte beginnen, wer hat die erste Frage? – GKV-Spitzenverband, bitte.

GKV-SV: Schönen guten Morgen, vielen Dank. – Ich hätte zwei zusammenhängende Fragen an die DGP, Herrn Professor Pfeifer und Herrn Professor Bauer. Die erste Frage wäre zunächst: Wie viele Lungenfachkliniken gibt es Ihrer Kenntnis nach in Deutschland?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer möchte?

Prof. Dr. Michael Pfeifer (DGP): Lungenfachkliniken oder Lungenabteilungen? Oder meinen Sie die Lungenfachkliniken?

GKV-SV: Na ja, also schon sehr hoch spezialisierte Fachabteilungen oder eben Fachkliniken.

Prof. Dr. Michael Pfeifer (DGP): Etwa 70 bis 80.

GKV-SV: Vielen Dank. – Dann will ich daran anschließend gerne noch eine Frage stellen. Angesichts der von Ihnen genannten Zahl von 70 bis 80 Lungenfachkliniken bitte ich Sie um eine Einschätzung zu folgendem Sachverhalt: Wenn innerhalb dieser Lungenfachkliniken Netzwerke für einen medizinisch-wissenschaftlichen Austausch gebildet werden sollen, die jeweils von einem Krankenhaus mit einer herausragenden Expertise koordiniert werden, wie viele koordinierende Kliniken wären hierfür deutschlandweit Ihrer Ansicht nach erforderlich?

Prof. Dr. Michael Pfeifer (DGP): Diese Zahl von 70 bis 80 bezieht sich auf Fachkliniken und größere Einheiten. Wir haben natürlich deutlich mehr Fachabteilungen in den einzelnen Krankenhäusern. Für eine bundesweit ausreichende Versorgung dieser Patienten rechnen wir mit 25 bis 30 solcher spezialisierten Einheiten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Pfeifer. – GKV-SV, eine weitere Frage?

GKV-SV: Im Moment jetzt erst mal nicht, danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wen haben wir jetzt? Wortmeldung DKG, bitte.

DKG: Wir hätten eine Frage an die DSG, an Herrn Professor Steinmetz oder Herrn Professor Nabavi, und zwar beziehen wir uns ganz konkret auf die Stellungnahme und die Mindestfallzahlen, die von Ihnen genannt wurden. Sie hatten ausgeführt, dass beispielsweise die operativen Verfahren, hier in dem Fall die mikrochirurgischen Clippings, begrenzt bzw. die Mindestfallzahlen nicht so hoch angesetzt werden sollten, um Fehlanreize zu vermeiden. Seitens der DKG hatten wir vorgeschlagen, beispielsweise operative und interventionelle Verfahren zusammenzufassen, um diese Ausführungen von Ihnen zu vermeiden. Wir würden jetzt gern Ihre Sicht auf diesen Sachverhalt geschildert haben, und zwar: Wäre es nicht viel geeigneter, diese beiden Verfahren dahingehend zusammenzufassen, dass hier wahrscheinlich eine patientenindividuelle Indikationsstellung vorausgeschaltet ist. – So viel erst einmal zu dieser Frage.

Herr Prof. Dr. Steinmetz (DSG): Darauf darf ich vielleicht für die DSG antworten und vorwegschicken, dass alle Vorschläge und Änderungsvorschläge bisher in diesem Verfahren von der DSG und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zusammen erstellt wurden.

Die Antwort auf Ihre Frage aus Sicht der DSG lautet: Nein. Ein Kriterium für unseren Vorschlag war, dass wir eine große methodische Bandbreite, sozusagen die komplette methodische therapeutische wie diagnostische Bandbreite der neurovaskulären Medizin in einem Zentrum abgebildet sehen möchten. Dazu gehört eben auch das Clipping. Wenn Sie jetzt sagen, wir fassen interventionelle und operative Verfahren zusammen und sagen 80 Eingriffe der einen oder anderen Art, dann hieße das, dass zum Beispiel Zentren auch ohne Clipping die Kriterien erfüllen, und das wäre aus unserer Sicht ungünstig. Wir legen Wert auf ein großes Spektrum. Zahlen haben wir eher nicht so hoch gesehen, aber das Spektrum muss erhalten bleiben, sonst ist man kein Zentrum. Also, wir würden explizit Clipping erwähnt sehen wollen, aber nur mit 25, wie in unserem Änderungsvorschlag vorgetragen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Steinmetz. – DKG Nachfrage?

DKG: Nein, danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dann habe ich den GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Vielen Dank. – Ich hätte noch zwei Fragen an die Deutsche Krebsgesellschaft, Frau Dr. Wesselmann, und zwar bezieht sich das noch einmal auf die Lungenzentren. Würden Sie die Beratung und gegebenenfalls Behandlung von Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs – gehen wir einmal davon aus, es gibt Knochenmetastasen oder Hirnmetastasen – in einem Lungenzentrum oder in einem onkologischen Zentrum sehen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Dr. Wesselmann, DKG, bitte.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Vielen Dank. – Wir haben schon im letzten Jahr bei der Diskussion bei der Verabschiedung der Anlage 2 für die onkologischen Zentren ausgeführt, dass es gerade für die sehr komplexe Onkologie im metastasiertem Stadium sehr wichtig ist, dass die *[...2-sekündige Übertragungsstörung]* zur Verfügung stehen, um gerade metastasierten Patienten helfen zu können. Die Beispiele, die Sie genannt haben, die Niere bzw. zerebrale Metastasen profitieren natürlich sehr davon, wenn die Patienten in einem onkologischen Zentrum behandelt werden und nicht in einer „stand-alone“-Lösung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Vielen Dank. – GKV-SV?

GKV-SV: Ich würde gern noch eine Nachfrage dazu stellen. – Das heißt, dass eine Einbindung in ein onkologisches Zentrum oder mindestens aber eine Kooperation immer und nicht nur wahlweise geboten ist, um Patienten mit schweren Verläufen und multipler Organbetroffenheit an ein onkologisches Zentrum überweisen zu können, also mit Bezug auf die Lungenzentren. Habe ich Sie richtig verstanden, dass das Ihre Empfehlung wäre?

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Unbedingt. Um eine umfassende moderne Onkologie zur Verfügung stellen zu können, benötigt man unbedingt die Kooperation mit einem onkologischen Zentrum, sonst werden die Patienten in einem Lungenzentrum oder in einem onkologischen Zentrum unterschiedlich behandelt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – GKV-SV, beantwortet?

GKV-SV: Beantwortet, genau. – Ich hätte noch eine Frage an die Deutsche Krebsgesellschaft, solange sie noch da ist, falls ich darf.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Bitte.

GKV-SV: Ich würde Frau Wesselmann bitten, zu erläutern, warum sich die Deutsche Krebsgesellschaft für die Streichung des Moduls Lungenkrebs ausspricht, stattdessen die Qualitätsanforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft quasi vor die Klammer zieht und mit der Zählung der C-34-Diagnose bei den Mindestfallzahlen verknüpft. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Bitte schön.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Danke schön. – Im Dezember wurden die Kriterien für onkologische Zentren konsentiert. Aufbauend auf diesen Kriterien dürfen wir jetzt nicht zurückfallen und für die Patienten mit Lungenkrebs nur eine fakultative Qualifikation der Behandler erlauben. Das heißt, das, was vorgesehen ist, die C 34, also das Bronchialkarzinom einbeziehen zu dürfen, aber die Qualifikation, quantitativ und qualitativ nur fakultativ nachweisen zu müssen, wäre eine Ungleichbehandlung der Patientinnen und Patienten. Von daher ist aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft diese Ungleichbehandlung unbedingt abzulehnen. Wenn jemand die C 34 in den Geltungsbereich einbezieht, dann müssen aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft, wie im Dezember vereinbart, die qualitativen und quantitativen Voraussetzungen erfüllt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – GKV-SV, beantwortet das Ihre Frage?

GKV-SV: Ja, herzlichen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich habe in diesem Zusammenhang auch eine Frage an die Lungenspezialisten, aber auch an die Deutsche Krebsgesellschaft. Wir haben beim C 34 über die Fallzahl 200 diskutiert, dass man sagt, okay, da sollte jenseits der Fragestellung, ob und in welchem Umfang hier qualitative Anforderungen zu erfüllen sind, darüber diskutiert werden, ob auf die 1.500 stationären Fälle nicht möglicherweise die C 34-er angerechnet werden können, wenn es eben mehr als 200 sind und – das wird hier auch als Add on diskutiert –, wenn die Thoraxchirurgie vorhanden ist. Da würde mich interessieren: Ist diese Zahl 200 als Erstdiagnosezahl für ein Lungenzentrum jenseits der Fragestellung, die Frau Wesselmann adressiert hat – Zusammenspiel onkologisches Zentrum, Lungenzentrum – eine realistische Zahl? Ist die zu hoch, ist die zu niedrig? Wie wird das dann zwingende Erfordernis einer thoraxchirurgischen Kompetenz gesehen? Ich weiß nicht, wer dazu etwas sagen möchte. Ich stelle die Frage einfach mal in die Runde. – Herr Pfeifer, Sie hatten sich gemeldet.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Ich kann gerne etwas dazu sagen, wenn ich gut zu hören bin.

Herr Prof. Dr. Bauer (DGP): Die Frage nach den 200, das sind die sogenannten Primärfälle. Wir sind mit der Deutschen Krebsgesellschaft einer Meinung, dass diese 200 Primärfälle als Grundlage für ein qualitätsgesichertes Umfeld korrekt sind. Wir haben aktuell 75 Lungenkrebszentren, die das erfüllen, und das sollte auch so bleiben.

Nach wie vor wie auch in der Diskussion vorher – Sie haben es gerade erwähnt – ist das Zusammenspiel mit den onkologischen Zentren aus unserer Sicht anders zu sehen. Hier reicht eine Kooperation, die müssen nicht am Standort vorhanden sein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. – Wer möchte sonst noch etwas sagen? – Keiner mehr. – Dann habe ich jetzt die Patientenvertretung.

PatV: Guten Morgen! Ich würde gerne noch mal in Richtung der neurologischen Fachgesellschaften nachfragen, wie aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit der jetzt hier definierten neurovaskulären Zentren mit den bereits etablierten Netzwerken funktionieren kann. Vielleicht können Sie dazu noch etwas ausführen. Ich würde auch gerne in Richtung der Fachgesellschaften, die Kinder betreuen, nachfragen. Vielleicht können Sie sich einigen, wer die Frage beantwortet. Wir haben jetzt im Bereich der Lungenmedizin bestimmte Anforderungen definiert, wie die Versorgung und die Berücksichtigung von Kindern in diesen Lungenfachzentren erfolgen sollen. Können Sie aus Ihrer Sicht sagen, was erforderlich wäre, um in einem Lungenzentrum Kinder und Jugendliche angemessen versorgen und eine Zentrumsaufgabe wahrnehmen zu können?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wer möchte beginnen? – Her Professor Steinmetz.

Herr Prof. Dr. Steinmetz (DSG): Darf ich für die Deutsche Schlaganfallgesellschaft vielleicht den ersten Teil der Frage beantworten? – Die Fragestellerin bezieht sich darauf, dass die Deutsche Schlaganfallgesellschaft schon seit einigen Jahren sogenannte neurovaskuläre Netzwerke zertifiziert, in denen es immer ein koordinierendes Zentrum gibt. Es gibt derzeit bundesweit 15 solcher zertifizierten Netzwerke, und unser Bestreben ist – das wird auch erreicht, wenn die Vorschläge so angenommen werden –, dass zwar keine völlige Deckungsgleichheit, aber eine sehr große Nähe zwischen dem G-BA-definierten und dem DSG-definierten – in Anführungszeichen – „Zentrum“ entstehen wird. Also, ich hoffe, dass das die Frage beantwortet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Steinmetz. – Wer weiter? Herr Schneider, bitte.

Herr Prof. Dr. Schneider (DGKJ): Guten Tag. Ich antworte für die DGKJ, und vielleicht werden sich auch gleich die Fachdisziplinen dazu äußern. – Grundsätzlich halten wir das Konzept, dass Kinder in einem Lungenzentrum betreut werden, für verkehrt. Unser Ansatz ist eigentlich: Kinder und Jugendliche – und das schließt das 18. Lebensjahr ein – gehören in ein Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, das grundsätzlich anders aufgestellt ist: Einmal sind wir von der Fachlichkeit die einzige Fachdisziplin, die überhaupt die Jugendmedizin im Namen führt und auch in der Ausbildung so vermittelt. Das andere ist: Wir haben es mit Kindern und Jugendlichen zu tun, die eine körperliche, soziale und auch psychische Entwicklung durchmachen und entsprechend betreut werden müssen. Die sind mit den Disziplinen der Erwachsenenmedizin einfach am falschen Ort. Das beginnt bei der fachlichen Betreuung und geht bis in die ganzheitliche psychosoziale Betreuung, die Krankenhausschule bei chronisch kranken Kindern, psychosozialer, familienorientierter Support.

Das ist in Erwachsenenzentren der Lungenmedizin nicht abgebildet. Deshalb bestehen wir darauf, dass Kinder und Jugendliche in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin betreut werden müssen. Dafür gibt es ganz klare Kriterien, auch Qualitätsanforderungen, die wir an die Zentren stellen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Professor Seidenberg.

Herr Prof. Dr. Seidenberg (GPP): Vielleicht kann ich das als Vertreter der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie ergänzen. – Wir tagen seit längerem gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, haben eine eigenständige Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, darin sind 920 aktive Mitglieder. Wir haben mindestens 45 Kliniken mit pädiatrisch pneumologischen Abteilungen und versorgen diese Kinder, denke ich, ausreichend bis zum 18. Lebensjahr. Wenn man jetzt argumentiert, dass auch 15-jährige Kinder zum Beispiel eine Tuberkulose vom Erwachsenentyp haben können, dann ist das richtig. Ich will auch nicht abstreiten, dass Internisten, die keine pädiatrische Ausbildung haben, diesen Erwachsenentyp der Tuberkulose behandeln können. Dennoch ist der Patient deshalb nicht erwachsen, sondern er bleibt 15 Jahre, genauso, wenn er große Füße hat, ist er auch nicht gleich volljährig. Deshalb meine ich: Gerade bei Erkrankungen, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machen, wie es zum Beispiel in der Leitlinie steht, Patienten mit Tuberkulose sollten gerade im Kindes- und Jugendalter primär stationär aufgenommen werden, ist es notwendig, dass die in einer Kinder- und Jugendklinik aufgenommen werden, weil sie nur dort das entsprechende Umfeld und die psychosoziale Betreuung haben – mit der entsprechenden Ausbildung der Mitarbeiter, seien es Kinderkrankenschwestern oder Pädiater.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Herr Professor Haas.

Herr Prof. Dr. Haas (DGPK): Unabhängig von meinen Vorrednern, die diese Punkte sehr gut charakterisiert haben, kommt bei den kinderkardiologischen Erkrankungen noch hinzu: Das gesamte Gebiet der pulmonalen Hypertonie wird von jeher von den Kinderkardiologen fachlich hervorragend betreut, die nicht nur die Kinder mit zum Beispiel primärer pulmonaler Hypertonie – die gibt es wenig, klar –, aber es gibt jede Menge anderer Formen der pulmonalen Hypertonie, die von uns Kinderkardiologen schon seit eh und je fachlich hervorragend betreut werden. Das ist nicht nur bis zum 18. Lebensjahr der Fall, sondern auch dann, wenn Krankheitsbilder, die auf kardiovaskulären Erkrankungen bestehen, die dann erwachsen werden – – Dafür gibt es extra diesen EMA-Arzt, den Arzt für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern, der in Deutschland zu 90 Prozent in kinderkardiologischer und in viel geringerer Zahl in Erwachsenenardiologienhand ist. Deshalb ist von unserer Seite diese 15-Jahre-Grenze eine absolut – entschuldigen Sie den Ausdruck – groteske Forderung. Die hat nichts mit der klinischen Medizin und nichts mit der guten Versorgung von Kindern zu tun. Die Kinder mit pulmonaler Hypertonie gehören in die Hände der Kinderkardiologen, zusammen mit den anderen Fachdisziplinen der pädiatrischen Medizin. In diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass es entsprechende Kinderherzzentren gibt, in denen diese Patientengruppen in dem entsprechenden Umfeld perfekt behandelt werden. Also, diese Forderung nach 15 Jahren ist von unserer Seite komplett abzulehnen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt endlich Herr Professor Pfeifer, damit wir zu einem systematischen Abarbeiten der Wortmeldungen kommen.– Herr Professor Pfeifer.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): In Bezug auf die Aussagen aus der Pädiatrie wollte ich nur sagen, dass wir als Erwachsenenpneumologen dem voll zustimmen. Ich glaube, da sind wir vollständig im Konsens, dass es zwar enge Kooperationen gibt, aber dass die Kinderprobleme in der Pädiatrie zu behandeln sind. Die Lungenzentren sind primär für die Behandlung von Erwachsenen angedacht. Daher besteht auch aus unserer Fachgesellschaft Konsens mit den pädiatrischen Kollegen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Pfeifer. – PatV, beantwortet das Ihre Frage?

Herr Dr. Klee (GPR): Entschuldigung, darf ich als Vertreter der GPR, der Kinderradiologie, noch ein Wort dazu sagen? – Ich denke, wir als Schnittstelle und Bildgebung für die Kinder und Jugendlichen sind da in einem wirklich guten Austausch mit unseren Kinderkliniken. Die Erfahrung des Gesamten, also der Bildgebung, gerade bei Kindern und Jugendlichen, die doch anders ist als bei Erwachsenen, und der intensive Austausch – ich nenne nur als Beispiel die Kinderkardiologie – erhöht die Qualität der Diagnostik enorm. Ich kann mir das in größeren Konzepten eher schwieriger vorstellen. Deshalb bin ich auch der Meinung, dass Kinder und Jugendliche hauptsächlich in die Kinder- und Jugendmedizin hineingehören und dass die Kompetenz dort in den Kinderkliniken liegt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Jetzt noch einmal die Frage an die PatV: Ist Ihre Fragstellung damit beantwortet?

PatV: Erst einmal vielen Dank für die vielen Antworten. – Ich hätte noch eine Nachfrage in Richtung der Deutschen Schlaganfallgesellschaft. Wie sehen Sie die jetzt definierten Kriterien? Glauben Sie, dass damit, wie der GKV-Spitzenverband die Zentren-Definition vorgenommen hat, diese Deckungsgleichheit, die Sie anstreben, erfolgen wird? Und die zweite Nachfrage: Glauben Sie, dass diese 15 Zentren oder Netzwerke, die Sie bisher haben, für die Sicherstellung dieser Netzwerkaufgaben ausreichend sind?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön an die PatV. – Herr Professor Steinmetz oder Herr Nabavi. Ich nehme an, Herr Steinmetz macht das wieder.

Herr Prof. Dr. Steinmetz (DSG): Die 15 sind der derzeitige Stand; die Zahl ist aber nicht endgültig, das ist eine steigende Zahl. Wir gehen davon aus, dass diese Zentren, über die wir reden, die G-BA-Zentren, wenn ich das so nennen darf, nicht zur Sicherstellung der Versorgung definiert werden, sondern zur Leistung zusätzlicher Aufgaben, die von wissenschaftlichen über, wie ich schon sagte, Methodenspektrum und edukativen Aufgaben für ihr Umfeld getragen sind. Da haben wir den Eindruck, dass wir mit den Kriterien, die in der Tat, wie Sie sagen, relativ hoch angelegt sind – – Das ist bei uns auch diskutiert worden. Auch wenn ich im Endergebnis vielleicht zu wenige Zentren mit solch relativ scharfen Kriterien bekomme, war der Konsens bei uns, dass das den Ansprüchen gerecht wird. Wir reden hier nicht über die Sicherstellung der Versorgung. Die ist auf anderen Wegen, wie wir denken, auch in Zukunft gut abgedeckt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Professor Nabavi, bitte.

Herr Prof. Dr. Nabavi (DSG): Ich wollte dazu ergänzend sagen: Der Schlaganfall ist eine Volkskrankheit, und dafür haben wir über 330 zertifizierte Stroke Units. Die stellen die akute Versorgung des Schlaganfalls sicher. Da gibt es sicher regionale Unterschiede, das kann man nie völlig eliminieren, aber deshalb sind das keine Schlaganfallzentren, die vom G-BA definiert sind, sondern es sind neurovaskuläre Zentren. Das heißt, es soll über den akuten Schlaganfall hinausgehen. Wir halten es für sinnvoll, dass wir am Ende vielleicht bei 25 bis 30 Zentren landen, weil auch die Zahlen der Kalkulation wieder ein Stück weit angestiegen sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Mir ist noch mal ganz wichtig, weil das auch bei der Anhörung und bei den Stellungnahmen vielleicht ein bisschen in den Hintergrund geraten ist: Wir sprechen in der Tat nicht über die Sicherstellung der Versorgung, sondern wir sprechen über zentrale, weit über das normale Maß hinausgehende Kompetenzen, die an die Regelversorger weitergegeben werden sollen. Nur einmal als Kennzahl: Wir haben bei den Herzzentren – dazu haben wir im letzten Jahr den Beschluss gefasst – jetzt 19 oder 20. Da kann man sagen, das sind fünf zu wenig oder zehn zu wenig, aber wir haben hier ein breites wohnortnahes Versorgungsspektrum, und nur wenige dieser spezialisierten Einrichtungen erfüllen darüber hinaus noch den Zentrumsbegriff. Das ist auch das, worauf Sie jetzt anspielen. Hier soll besondere Exzellenz, bestimmte methodische wissenschaftliche Qualität vorgehalten werden. Hier sollen auch Hinweise an andere Regelversorger gegeben werden. Das ist eigentlich die Idee, die hinter diesem entgeltrechtlichen Zentrumsbegriff steht, bei dem Add-on-Leistungen nur für Dinge finanziert werden, die nicht die Regelversorgung darstellen. Das ist, glaube ich, der wichtige Punkt. – (PatV), ist Ihre Frage damit beantwortet?

PatV: Ja, ist beantwortet. Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt habe ich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, danach den GKV-Spitzenverband, und dann die Patientenvertretung. – Zunächst Deutsche Krankenhausgesellschaft.

DKG: Vielen Dank. – Wir haben noch eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, und zwar zu dem Punkt der Spezialisierung von Lungenkrebs, ganz konkret zu Ihrer Stellungnahme. Sie hatten sich uns bei dieser Spezialisierung weitestgehend angeschlossen, allerdings noch eine Ergänzung vorgeschlagen: Es geht konkret darum, dass wir neben den 200 Mindestprimärfallzahlen ebenso die Qualitätsvorgaben gemäß OnkoZert fordern und darüber hinaus in Punkt C, dass ein Lungenzentrum ein Kooperationspartner eines onkologischen Zentrums sein sollte. Darüber hinaus haben Sie eine Ergänzung vorgeschlagen. Ich würde Sie bitten, kurz die Sichtweise zu dieser Spezialisierung zu erklären und die Ergänzung zu erläutern. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Professor Bauer, bitte schön.

Herr Prof. Dr. Bauer (DGP): Letztendlich ist es so, dass wir noch einmal klarstellen wollen, was unsere Meinung bezüglich der Behandlung von Lungenkrebs in einem Lungenzentrum ist. Als Allererstes – –

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Bauer, wir verstehen Sie nicht mehr. – Herr Bauer? – Ist weg. – Könnten Sie einspringen, Herr Pfeifer?

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Wir sind der Meinung, dass in einem Lungenzentrum der Lungenkrebs vertreten sein sollte und damit die Bedingungen erfüllt werden, die den onkologischen Zertifizierungsbedingungen gerecht werden. Das heißt, was die Anzahl der Patienten betrifft, haben wir gesagt, dass wie gefordert 200 Primärfälle nachzuweisen sind. – Ich hoffe, das war die Frage der DKG wenn ich Sie richtig verstanden habe.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, die DKG hat nach den Add-on-Forderungen gefragt, wenn ich das richtig verstanden habe. Aber vielleicht kann die DKG die Frage präzisieren oder noch einmal stellen, vielleicht kommt auch Herr Bauer zwischenzeitlich wieder. Sie haben als Fachgesellschaft über die Kriterien hinaus, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft genannt hatte, noch weitere Voraussetzungen gefordert, und die DKG hat nach meiner Wahrnehmung nach der Ratio oder nach der Begründung für diese weitergehenden Forderungen gefragt, wenn ich das richtig verstanden habe. – DKG vielleicht noch mal.

DKG: Ja, zum einen, Herr Hecken, das stimmt. Darüber hinaus haben wir eine Ergänzung seitens der Fachgesellschaft erhalten. Sie bezieht sich ganz konkret auf den Punkt C. – Aber ich sehe gerade, Herr Professor Bauer ist wieder anwesend. Vielleicht kann er konkret ausführen, was genau unter Punkt C oder dem Zusatz unter Punkt C zu verstehen ist. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dann machen wir das, Herr Bauer. Wo drei oder vier in meinem Namen versammelt sind, da bin ich mitten unter euch. Also, wir haben Sie wieder da. Bitte schön.

Herr Prof. Dr. Bauer (DGP): Das ist letztendlich einfacher zu verstehen, wenn ich einmal darstellen darf, was das Ziel ist. Das Ziel ist, dass die Behandlung des Lungenkrebses in einem Lungenzentrum erfolgen sollte, das ein Lungenkrebszentrum nach DKG ist. Deshalb verweise ich auf die Anlage. Wovon wir bitten, Abstand zu nehmen, weil wir glauben, dass es die Qualität verschlechtern würde, ist, dass die Kooperation mit dem onkologischen Zentrum am Standort erfolgen muss. Deshalb hatten wir diesen Zusatz C gestrichen, weil wir gerne den Juristen die korrekte Formulierung für diesen Sachverhalt überlassen wollen. – Ich befürchte, ich fliege gerade wieder raus.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Jawohl, aber es war zumindest beantwortet, weil just in time. – Deutsche Krankenhausgesellschaft okay, Frage beantwortet?

DKG: Ja, vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Weitere Frage DKG?

DKG: Ja, tatsächlich haben wir noch weitere Fragen, aber wir würden erst einmal die Rednerliste voranschreiten, zum späteren Zeitpunkt noch mal.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay. Dann machen wir weiter. – GKV-SV und dann PatV. – GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Vielen Dank. – Ich würde gerne eine Frage an Herrn Professor Pfeifer richten: Wie viele Fälle mit der Hauptdiagnose einer chronischen Erkrankung der unteren Atemwege behandeln Sie pro Jahr in Ihrer Klinik? Ich würde Sie bitten, einfach Ihre Definition zugrunde zu legen. Sie hatten sich dafür ausgesprochen, das so zu definieren, dass man die J 40 bis J 47 als Hauptdiagnose nimmt oder alternativ die J 96 als Hauptdiagnose und die J 40 bis J 47 als Nebendiagnose.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Das ist ein wichtiger Punkt. Wenn wir nur die Diagnose, die COPD-Beschreibung nehmen, werden wir dem Anspruch eines Zentrums für schwer erkrankte Patienten und den entsprechenden verschiedenen Therapiemöglichkeiten nicht gerecht. Deshalb haben wir gesagt, wir brauchen eine Erweiterung, auch wenn die respiratorische Insuffizienz – – Wenn Sie mich persönlich fragen, behandeln wir deutlich über 1.000 Patienten in unserem Zentrum, wenn wir die respiratorische Insuffizienz mit aufnehmen. Das ist, glaube ich, nachvollziehbar, und es war auch ein wichtiger Punkt in unserer Begründung, dass die einfache Definition der COPD nicht ausreicht, um diesen chronischen Patienten, die schwer krank sind und entsprechende Versorgung brauchen, gerecht zu werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Pfeifer. – (GKV-SV), Frage beantwortet?

GKV-SV: Ja, vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann habe ich die PatV, bitte.

PatV: Ich habe in Ergänzung zu den Fragen der PatV noch zwei Fragen, und zwar einmal an die Kinder- und Jugendärzte. Wir verstehen und akzeptieren in weiten Teilen Ihr Ansinnen, kinder- und jugendspezifische Erkrankungen in speziellen Zentren, in eigenständigen Zentren, versorgen zu wollen. Es ist allerdings absehbar, dass die Zentrenregelungen, wie sie jetzt definiert werden, themenspezifisch sortiert sein werden. Deshalb frage ich, ob Sie an dieser Stelle ganz pragmatisch das eine oder andere zu notwendigen Versorgungsangeboten ergänzen könnten, das für die Beratung anderer Kliniken von großer Bedeutung ist, die, wenn man die Kinderversorgung doch in den Zentren einbindet, integriert, notwendig wären. Also, gebe es Mindestanforderungen oder Indikatoren, die Sie unbedingt noch ergänzt haben wollen, die in der Liste nicht enthalten sind? Ich weiß, dass Sie es politisch anders wollen, aber wenn es doch so kommt, wie es absehbar ist, dann wäre es hilfreich zu wissen, ob es unbedingt notwendig ist, ob man zusätzliche die Indikatoren noch braucht.

Eine zweite Frage geht an alle Fachexperten: Es geht mit dieser Definition von Zentren nicht um Versorgungsstrukturen, sondern um Expertenberatungsstrukturen, die wir hier finden. Dennoch ist die Frage, wie die Verteilung dieser Experten in der Fläche später sein wird. Da wir leider mit den verschiedenen Konzepten keine Folgeabschätzungen der Bänke bekommen haben, ist es sehr schwer einzuschätzen, wie nachher die Struktur der definierten Zentren aussehen wird.

Halten Sie es für realistisch, wenn es sehr wenige Zentren werden, dass über das gesamte Bundesgebiet diese Expertenabfrage, diese Expertenunterstützung auch über große Entfernungen funktionieren wird? Und: Ist es nicht so, dass solche Zentren, wenn sie Expertenzentren, Spezialistenzentren sind, auch die Orte sind, in die man besonders schwere Fälle überweist, vermittelt, an diese weitergibt? Würde das funktionieren, wenn die Zahl dieser Zentren in der Fläche nur sehr klein ist? – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, PatV. – Beginnen wir mit dem kinder- und jugendspezifischen Teil; vielleicht Herr Professor Haas, Herr Schneider und Herr Klee. Also, was wäre, wenn? Ihre Grundsatzposition ist klar, die haben Sie eben deutlich gemacht, Kinder gehören in die Hände von Kinder- und Jugendmediziner. Aber hätten Sie eine Vorstellung, was hier noch ergänzend hineinmüsste, ohne Ihre grundsätzliche Position aufzugeben, sage ich ganz klar? Das sind immer die „Was wäre, wenn?“-Diskussionen, die einem vielleicht dann möglicherweise auf die Füße fallen. Möchten Sie dazu vielleicht Anforderungen nachformulieren, die nachgeschärft werden müssen, wenn es bei dieser Zuordnung bliebe, keine Spezialisierung oder Subspezialisierung oder kein Ausblenden von Kindern und Jugendlichen? – Möchte jemand dazu etwas sagen? Wie gesagt, Herr Haas vielleicht.

Herr Prof. Dr. Haas (DGPK): Ich fange an, weil Sie meinen Namen zuerst genannt haben. – Die Aussage, die ich eben gehört habe, kann ich mitnichten irgendwie akzeptieren nach dem Motto: Es kristallisiert sich sowieso schon in diese Richtung. Das ist meiner Meinung nach nicht zutreffend, und zwar überhaupt nicht zutreffend. Es gibt dieses Beispiel der Kinderarztzentren. Ich glaube, das ist ein gutes Beispiel, in dem ganz klar schon über Jahrzehnte vorgelebt wird – und es gibt auch entsprechende G-BA-Beschlüsse, die Sie vonseiten des G-BA sicherlich alle kennen –, dass es eben nicht so ist. Nur weil jemand am Herz krank ist, muss er von einem Erwachsenenkardiologen behandelt werden. Deshalb glaube ich, ist es müßig, über diese „Was-wäre-wenn?“-Geschichte zu diskutieren, das darf nicht sein. Das ist fachlich nicht korrekt, das ist vonseiten der Kinder nicht korrekt, und es ist vonseiten der gesamtmedizinischen Entwicklung nicht korrekt. Wenn Sie fragen wollen: Was wäre, wenn?, dann müssten Sie in einem Lungenzentrum ein kinderpulmologisches Zentrum mit der entsprechenden kompletten Ausrichtung etablieren, wie es für die Erwachsenenherzzentren auch der Fall ist. Das ist mein Statement. Aber ich will Herrn Schneider als der Leiter der DGKJ, der großen Muttergesellschaft, als Nächstes gerne das Wort übergeben, weil ich denke, er hat noch einiges dazu beizutragen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wir müssen uns einmal daran gewöhnen, Herr Haas, dass das Wort von mir erteilt wird. Aber ich folge Ihrer Anregung und gebe es trotzdem an Herrn Schneider. – Bitte schön, Herr Schneider.

Herr Prof. Dr. Schneider (DGKJ): Ich habe auch mit der Aufhebung der Stummschaltung gewartet. Also, danke für das Wort. – Herr Haas hat es sehr pointiert gesagt, und grundsätzlich halte ich das auch für einen falschen Ansatz vorab. Wir haben in der Pädiatrie die große Leistung vollbracht, dass wir auch für die Spezialversorgung deutschlandweit eine flächendeckende Versorgung anbieten können, auch für solche Spezialfragestellungen. Deshalb gehören Kinder und Jugendliche in diese spezialisierten Zentren. Wenn sie in einem Lungenzentrum wären, dann wären sie einfach am falschen Ort.

Wenn man den Lungenzentren den Zugang zur Betreuung dieser Patienten ermöglichen wollte, wenn das sozusagen von oben beschlossen würde, dann müsste man im Sinne der Patientengerechtigkeit sagen, dann müssen die Jugendlichen dieselben Betreuungsstrukturen finden, wie sie sie in einem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin finden würden. Das würde sozusagen die jederzeitige Verfügbarkeit eines Kinderpulmologen, die jederzeitige Verfügbarkeit eines Kinderradiologen, eines Kinderintensivmediziners, eines Kinderkardiologen usw. plus einer spezialisierten, für diese Altersgruppe fachlich qualifizierten Pflege, einen psychosozialen Support über Psychologen, Pädagogen bis hin zur Krankenhausschule beinhalten. Ich glaube, die Lungenzentren für Erwachsene sind anders ausgerichtet, gehen vielleicht teilweise auch in Richtung geriatrische Altersstrukturen.

Ich glaube nicht, dass das Strukturen sind, die diese Lungenzentren aufbauen wollen. Deshalb ist das der falsche Ansatz. Wenn Sie schauen wollen, was die Kriterien sind, die wir bei einer stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, dann rate ich Ihnen, einmal auf der Seite „ausgezeichnet-fuer-kinder.de“ nachzuschauen. Dort sind diese Kriterien sehr detailliert ausformuliert, und im Sinne der Patientengerechtigkeit darf es nicht darunter sein.

Herr Prof. Dr. Seidenberg (GPP): Ich würde auch anfragen, ob Sie mir das Wort erteilen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, gerne. Bitte, Herr Professor Seidenberg.

Herr Prof. Dr. Seidenberg (GPP): Ich will vielleicht kurz einfügen, (in Ergänzung zur PatV): Ich glaube, die Sorge, dass Kinder in Deutschland nicht optimal versorgt werden, wenn es nicht solche Erwachsenenzentren gebe, die Kinder aufnehmen würden, ist jetzt schon überholt. Wir haben in verschiedenen Großstädten in Deutschland bereits gut etablierte kinderpneumologische Zentren, die auch räumlich in absoluter Nähe zu den pneumologischen Zentren für Erwachsene sind. Nehmen wir einmal Hannover, nehmen wir andere Städte, und es ist sehr sinnvoll, wenn sich die kinderpneumologischen und die erwachsenenpneumologischen Zentren zusammenschließen. Das ist, glaube ich, die richtige Konsequenz und das ist auch durchaus möglich. Selbst im deutschen Lungenzentrum, im DLZ, gibt es schon fünf kinderpneumologische Zentren, die da mitarbeiten. Ich glaube, die Frage ist im Grunde durch die Tatsache überholt, dass es bereits gute Kooperationen zwischen kinderpneumologischen und erwachsenenpneumologischen Zentren gibt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Jetzt habe ich Herrn Professor Pfeifer von der DGP noch.
– Herr Pfeifer.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Ich wollte das ergänzen. Ich halte es nicht für sinnvoll, die Kinder in die Lungenzentren aufzunehmen, weil wir gar nicht die Strukturen haben, und das aufzubauen, wäre unsinnig, weil es, wie schon an vielen Stellen gesagt wurde, inzwischen genügend pneumologische Fachabteilungen innerhalb der Kinderheilkunde gibt. Das ist auch bei mir in der Region ganz gut, und wir machen da eine extrem gute Zusammenarbeit. Aber vielleicht darf ich noch ergänzen, weil ich vorhin von dieser Frage überrascht war, wie viele Lungenkliniken es in Deutschland gibt: Wir haben 110 Lungenkliniken und über 300 selbstständige Fachabteilungen für die Pneumologie mit Fachärzten und von Klinikdirektoren geleitet – nur um diese Zahlen zu konkretisieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Pfeifer. – Dann frage ich jetzt einmal in Richtung PatV: Erster Teil Kinder und Jugendliche.

Es bleibt bei der Positionierung der Fachgesellschaften, wenn ich das zusammenfassen darf. Es muss eine Trennung geben. Wenn es diese Trennung nicht gebe, müsste das komplette Portfolio, das heute eine spezielle kinder- und jugendmedizinische Abteilung auszeichnet, einschließlich der spezialisierten Anforderungen an Pflegepersonal, Betreuung etc. pp. vorgehalten werden. Das heißt, es müsste im Prinzip neben das Erwachsenenzentrum ein mit Kinderradiologen etc. pp. ausgestattetes zweites Hybridzentrum gesetzt werden; so habe ich diese Wortmeldungen verstanden. – Das war der erste Teil Ihrer Frage, (PatV). Ist der beantwortet?

Dann würde ich den zweiten Teil einmal in die Runde geben. Sie haben als Zweites gefragt, Sie haben in Ermangelung von Auswirkungsanalysen kein Gefühl dafür, wie sich die Struktur in der Bundesrepublik Deutschland verteilen würde, und nachgefragt, ob es bei den Stellungnehmern ein Gefühl dafür gebe, die jetzt diskutierten Kriterien zugrunde gelegt, ob dann eine einigermaßen flächendeckende Struktur verteilt in der Bundesrepublik Deutschland vorhanden wäre, und zwar nicht im Sinne von 20 Kilometern neben dem Wohnort, aber nicht alles in Bayern, obwohl die (LV-Bayern) sich freuen würde, wenn alles in Bayern wäre, oder nicht alles in Nordrhein-Westfalen. – Das war Ihre zweite Frage, (PatV). Ist die erste Frage beantwortet? Dann würde ich die zweite in die Runde geben.

PatV: Es ist schwierig. Sie haben quasi schon in die zweite übergeleitet. – Nur ganz kurz noch mal zum ersten Teil, wie Herr Seidenberg das eben formuliert hat, dass es schon Kooperationsstrukturen gibt. Die Frage wäre, ob man in diese jetzt definierten Zentren, die vor allen Dingen Beratungsfunktion für andere Kliniken haben sollen, noch Kooperationsanforderungen einbaut, dass diese bestehenden guten pädiatrischen Strukturen mit den Zentren so kooperieren, dass diese Beratungsfunktion, diese Expertenfunktion funktioniert. Das muss hier nicht gleich beantwortet werden, aber es würde uns sehr helfen, wenn man das noch mit einbauen würde. Dann wären wir an der Stelle weiter. – Aber ansonsten, Herr Hecken, haben Sie recht, zweite Frage.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Gut. – Gibt es jemanden, der einschätzen kann – fangen wir mal mit der Lunge an –, wie am Ende die Verteilung wäre? – Herr Professor Steinmetz, bitte.

Herr Prof. Dr. Steinmetz (DSG): Ich darf die Fragestellerin beruhigen. Eine gewisse Folgenabschätzung haben wir natürlich, und die Karte ist recht flächendeckend, wenn wir uns zum Beispiel die zertifizierten Zentren, die wir kennen, und die daraus resultierende Karte anschauen. Um es noch einmal zu sagen: Es ist nicht so, dass jeder 30 oder 60 Minuten vom G-BA-Zentrum entfernt wohnen muss, um seinen Schlaganfall akut behandelt zu bekommen. Trotzdem wird eine recht gute anschauliche Flächendeckung erzielt werden, da habe ich keine Sorge.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Steinmetz. – Herr Professor Pfeifer.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Vielleicht kann ich das kurz beantworten. – Wir haben das diskutiert und die jetzigen Anforderungen, die im Zusammenhang mit dem Lungenkrebs gestellt werden – – Wenn wir das assoziieren, was aus unserer Sicht dringlich erforderlich ist, hätten wir eine gute flächendeckende Versorgung. Sicherlich gibt es einige weiße Flecken.

Manche sagen, alles nach Bayern, das wollen wir natürlich nicht. Ich bin aus Bayern, aber für das gesamte Bundesgebiet wäre das eine relativ gute und harmonische Verteilung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Pfeifer. – Sonstige Wortmeldungen von den Experten? – Ich sehe keinen. (PatV), ist die Frage beantwortet?

PatV: Ja, danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, dann habe ich den GKV-SV, danach wieder die DKG.

GKV-SV: Vielen Dank. – Ich hätte zu den Lungenzentren noch zwei Fragen; zunächst an Herrn Professor Bauer. Wie viele Fälle mit der Hauptdiagnose Tuberkulose behandeln Sie pro Jahr in Ihrer Klinik? Sie sind auf dem Gebiet ausgewiesener Spezialist.

Herr Prof. Dr. Bauer (DGP): Es gibt in Deutschland ungefähr vier Zentren, die letztendlich mehr als 200 Patienten behandeln würden. Das ist eine ausgesprochen hohe Zahl. Wir glauben, dass man mit der Zahl 50 besser zurechtkommt. Wir behandeln hier in Berlin deutlich mehr als 200 pro Jahr. – Ich würde aber gern noch etwas zur Kindertuberkulose sagen. Die Definition des 15. Lebensjahres ist bei der Tuberkulose einfach so festgelegt. Kinder ab dem 15. Lebensjahr mit einer Tuberkulose werden wie Erwachsene behandelt. Um Ihnen einmal eine Dimension zu geben: Wir hatten im Jahr 2019 5.000 Neudiagnosen Tuberkulose und davon waren 192 Kinder. Ich glaube, so, wie Herr Pfeifer das gesagt hat, dass man das intelligent in die aktuellen Netzwerke einflechten muss, ist der richtige Weg.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Zweite Frage, (GKV-SV)?

GKV-SV: Dann würde ich Herrn Professor Pfeifer bitten, zu erläutern, wie viele Fälle mit interstitieller Lungenerkrankung Sie in Ihrer Klinik im Jahr etwa behandeln.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Wir haben hier auch einen Vorschlag gemacht. Erstens. Interstitielle Lungenerkrankung ist ein sehr breites Feld. Die Zahl von 80 bis 100 Patienten halten wir für eine sinnvolle Zahl. Warum? Wir reden nicht nur über die Spezialisierung im stationären Bereich, sondern das ist nur eine Kennzahl. Viele dieser Patienten werden ambulant geführt, sodass die Zentren deutlich mehr sind. Wir selbst behandeln im Moment weit über 200 Patienten mit dieser in der Gesamtdiagnose interstitiellen Lungenerkrankung, eben nicht nur Lungenfibrosen, sodass wir glauben, dass auch hier die Expertise vor Ort gegeben ist, wenn die Zahlen, die wir gemeldet haben zwischen 80 und 100 Patienten stationär ausreichen, die Erfahrung dann in diesem Zentrum vorhanden ist, mit den anderen Bedingungen, die entsprechend aufgeführt sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – GKV-SV, Frage beantwortet?

GKV-SV: Ich hätte eine Nachfrage dazu. Es würde mich doch noch mal interessieren: Sie haben gesagt, Exzellenz fängt bei 80 Fällen an, Sie selber behandeln weit über 200 Fälle. Sind Sie deutschlandweit so einzigartig, dass Sie als einzige Klinik das Dreifache dieser Fallzahlen erfüllen?

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Ich glaube nicht, dass wir die einzige Klinik sind, die diese Fallzahlen erfüllt, aber es geht letztlich darum, dass diese Fallzahlen nur eine Kennzahl sind. Um das noch einmal klarzumachen: Wir haben sehr viele Einheiten in universitären Bereichen, wo wir eine hohe Expertise haben, die nicht auf die hohen stationären Fälle kommen, aber trotzdem eine hohe Expertise der Behandlung der interstitiellen Lungenerkrankung auch mit Beratungsfunktion von Versorgungseinheiten. Aus den Gründen war das für uns, glaube ich, schon korrekt, und wir haben uns sehr viele Gedanken gemacht, um diese Zahl zu benennen. Die ist aus unserer Sicht – und das ist unabhängig von meinem eigenen Erfahrungsbereich an meiner Klinik – ausschlaggebend.

GKV-SV: Ich hätte noch eine Nachfrage.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, bitte, GKV-SV.

GKV-SV: Herr Professor Pfeifer, ich würde Ihnen jetzt gerne einige Kliniken nennen und Sie bitten, mir zu beantworten, ob diese Kliniken eine besondere Rolle innerhalb Ihrer Fachgesellschaft einnehmen, zum Beispiel eine Arbeitsgruppe leiten oder maßgeblich an der Erarbeitung von Leitlinien beteiligt sind: das Städtische Klinikum Karlsruhe, das Helios-Klinikum in Hildesheim, das Klinikum in Wolfsburg oder das Klinikum Bielefeld.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Das wollen Sie jetzt von mir hören?

GKV-SV: Ich wüsste gerne, ob die tatsächlich eine maßgebliche Rolle in Ihrer Fachgesellschaft spielen.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Eine maßgebliche Rolle. Jeder einzelne der Kollegen, die dort arbeiten, ist an den Kongressen, Vorträgen und Arbeitsgruppen beteiligt. Wie die einzelnen Kliniken regional aufgestellt sind und sich mit anderen Kliniken und anderen Versorgern vernetzen, das kann ich Ihnen nicht beantworten.

GKV-SV: Es hat uns etwas verwundert, dass die alle die Fallzahlen erfüllen, die Sie genannt haben. Aber ich nehme jetzt doch wahr, dass das zumindest nicht die Wortführer oder ganz besonders mit Exzellenz herausstechenden Kliniken im Bereich der Lungenheilkunde bei Ihnen sind. Ist das richtig?

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Das sind Spezialanbieter in diesem Bereich, aber wenn Sie mich da festlegen und aufs Glatteis führen wollen, wie die genau vor Ort sind, dann kann und will ich Ihnen dazu keine Auskunft geben. Ich weiß, dass aus den einzelnen Kliniken durchaus Kollegen sehr aktiv auch innerhalb unserer Fachgesellschaft arbeiten und auf Kongressen präsent sind. Wie die Klinikstruktur in dieser Region im Einzelnen ist, kann ich Ihnen wirklich nicht beantworten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): (GKV-SV), der dritte Anlauf hat keinen Zweck. Ich bin auch auf Kongressen präsent, ohne speziell Ansprüche in der Lungenheilkunde erheben zu wollen. Herr Pfeifer hat sein Möglichstes getan, um die Frage zu beantworten, ohne damit jemandem zu nahe zu treten. Das wollen wir so ganz vorsichtig protokollieren. – (GKV-SV), Frage beantwortet?

GKV-SV: Ja, danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay. – Dann habe ich jetzt die DKG und den GKV-SV. – Deutsche Krankenhausgesellschaft, bitte.

DKG: Vielen Dank. – Ein Satz vielleicht dazu, weil man letzten Endes die Mindestfallzahlen über alle Kategorien hinweg erfüllen muss. – Aber wir hätten noch eine weitere Anmerkung bzw. eine weitere Frage an die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, die DGSM, mit Frau Professor Orth. Zunächst einmal vielen Dank. Sie hatten uns weitere Hinweise zu unseren Anforderungen in dieser Spezialisierung zukommen lassen. Sie haben darüber hinaus weitere Kriterien vorgeschlagen. Ein Kriterium umfasste die 250 Patientinnen und Patienten, also schlafmedizinische Patienten. Könnten Sie diese Zahl eventuell weiter ausführen/erläutern? hinsichtlich der Zahl bzw. sind das stationäre Patienten?

Frau Prof. Dr. Orth (DGSM): Die Zahl 250 bezieht sich ausschließlich auf stationäre Patienten, die ambulant nicht zu führen und auch nicht zu therapieren sind. Wir sind uns dessen bewusst, dass eine Minimalforderung sein muss, wenn Sie überlegen, dass die Empfehlungen über den Umgang und über die personelle Ausstattung eines Schlaflabors durch Messkräfte, die in der Nacht arbeiten – – Dann werden Sie sehen, dass eine Messkraft für vier Betten zuständig sein kann. Ich glaube, keine Klinik schafft sich nur ein Bett an, das über Nacht von einer Messkraft betreut werden muss. Das war wirklich nur die Mindestvoraussetzung unter Einbeziehung zum Beispiel von Wochenenden, Feiertagen usw.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Professor Orth. – DKG Frage beantwortet oder Ergänzungsbedarf?

DKG: Nein, vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann habe ich jetzt den GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Pfeifer. Vor dem Hintergrund des multidisziplinären Charakters, insbesondere des Bronchialkarzinoms, stellt sich uns die konkrete Frage, wie Sie es mit der multidisziplinären Versorgung halten. Ein guter Teil – korrigieren Sie mich, wenn das falsch ist – der Lungenkrebserkrankungen manifestiert sich in der Metastase, sprich: Sie haben den jungen Patienten mit einem frühen Lungenkarzinom und kleiner solitärer Hirnmetastase oder den oligometastasierten Patient mit einer Metastase in der Nebenniere, was beim Bronchialkarzinom nicht ganz selten ist. Oder Sie haben den Pencoast-Tumor mit einer Beteiligung des Plexus brachialis. Uns stellt sich die Frage nach der multidisziplinären Versorgung und insbesondere der Beratung, wenn Sie ein isoliertes Lungenzentrum haben, das nicht an ein Krebszentrum angegliedert ist. Wie sehen Sie die konkrete Versorgung dieser Patienten – ich habe da noch eine ganze Reihe weiterer Beispiele – an einem Stand-alone-Lungenzentrum? – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Pfeifer.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Ein Stand-alone-Lungenzentrum ist kein Zentrum, das isoliert auf der grünen Weise steht, sondern alle diese Lungenzentren sind in einer Kooperation mit den onkologischen Zentren.

Die Frage, die Sie jetzt stellen, ob der Patient in einem Lungenzentrum oder einem lokalisierten Lungenkrebszentrum sehr gut versorgt ist – – Deshalb haben wir Wert darauf gelegt, um hier die Qualität zu sichern, dass das Lungenkrebszentrum tatsächlich nach DKG zertifiziert sein muss. Somit ist die Versorgung dieser Patienten mit Metastasen in den verschiedenen Organbereichen gesichert. Da sehe ich – (GKV-SV), es tut mir leid, wenn ich das sage – kein Problem, weil wir das auch jetzt schon in der Versorgung leben. Keiner dieser Patienten, die in einem Lungenkrebszentrum, das nicht am Standort eines onkologischen Zentrums ist – das ist ja dieser Begriff „am Standort“; das heißt, wir reden über einen Abstand von wenigen Kilometern, dann ist es kein Standort mehr – wird nicht in einem Board, einem multidisziplinären Tumorboard versorgt. Hier kann ich Ihnen die Sorge nehmen, dass diese Patienten nicht ausreichend auf einem sehr hohen Niveau diskutiert werden und hier entsprechende Standards definiert werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Vielen Dank, Herr Pfeifer. – GKV-SV, Nachfrage?

GKV-SV: Ja, ich habe noch eine Nachfrage. Also konkret: In der Regel sind das Beratungszentren, und es ruft Sie jemand mit einem Patienten an. Nebennierenchirurgie ist nicht so ganz einfach und ein Spezialgebiet innerhalb der Abdominalchirurgie. Da wird es dann schon schwierig. Dann werden Sie als isoliertes Lungenzentrum angerufen, den Nebennierenchirurgen haben sie nicht vor Ort. Da müssten sie quasi weiter verweisen und das wäre zum Beispiel bei einem multidisziplinären onkologischen Zentrum sehr viel einfacher. Das wollte ich noch einmal nachfragen.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Ich glaube nicht, dass das einfacher ist; denn auch in einem onkologischen Zentrum werden Sie diese Patienten in die jeweilige Abteilung schicken. Wo ist da der Unterschied?

Herr Dr. Hecker (DGT): Darf ich dazu etwas sagen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, bitte.

Herr Dr. Hecker (DGT): (an die GKV-SV), die Situation ist so: Von den Patienten mit Lungenkarzinomen haben wir in der Regel ein Drittel, die nach der Diagnostik durch den Pneumologen primär einer Operation zugeführt werden. Ein Drittel der Patienten kommt im metastasierten Stadium und schlägt zunächst in der Abteilung einer Disziplin auf, in der das Organ typischerweise betroffen ist und wendet sich dann an die Experten, und ein Drittel der Patienten ist in der Zwischensituation vielleicht operabel oder vielleicht nicht mehr operabel. Die typische Konstellation ist, dass diese Patienten in einem Lungenkrebszentrum im interdisziplinären Board, an dem alle Entitäten teilnehmen, die auch in einem onkologischen Zentrum vorhanden sind: Da ist ein Strahlentherapeut, da sind die Nuklearmediziner, da sind die Pneumologen, die Onkologen und gegebenenfalls die Pneumoonkologen und die Thoraxchirurgen dabei. In einem onkologischen Zentrum jetzt im Umkehrschluss, um die Rolle

der Thoraxchirurgie im Lungenzentrum zu klassifizieren, finden Sie in der Regel keine Thoraxchirurgen, die für den Lungenkrebs elementar sind.

Die Thoraxchirurgen in Deutschland sind quasi unabdingbar in den Lungenzentren assoziiert oder an Kliniken, an denen ein Lungenkrebszentrum ist, weil es von unserer kleinen Berufsgruppe gar nicht so viele gibt. Das drückt sich dadurch aus:

Wir haben 75 Lungenkrebszentren mit Thoraxchirurgen zwangsläufig inkludiert. Von diesen 75 Lungenkrebszentren sind nur 15 thoraxchirurgische Kompetenzzentren und derzeit nur drei thoraxchirurgische Exzellenzzentren nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Der Punkt ist, dass in der alltäglichen Realität die Versorgung des Lungenkrebses in den Lungenfachkliniken stattfindet, und zwar sowohl prä- als auch postoperativ, und die Expertise in der Kooperation zwischen der Pneumologie und der Thoraxchirurgie so unabdingbar ist. Diese Konstellation finden Sie nicht an einem onkologischen Zentrum. Was aber unabdingbar ist – und da gebe ich Ihnen recht –, ist, dass diese Kooperation mit einem onkologischen Zentrum in Ergänzung notwendig ist, zum Beispiel um Patienten im oligometastasierten oder vielleicht auch multimetastasierten Stadium über den eigenen Fachbereich hinaus besprechen zu können. Aber es ist nicht notwendig, dass diese Patienten primär im onkologischen Zentrum vorgestellt werden. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Hecker. Damit ist die eben von mir gestellte Frage, die noch offen war, auch beantwortet. Sie sagen ganz klar: Die Kompetenz liegt schließlich bei der Gruppe der Patienten, die noch operabel ist, eben im Bereich der Thoraxchirurgie, und Sie sagen: Lungenzentrum ja, okay, Kooperation mit einem onkologischen Zentrum, auch okay, aber zwingend ist das Vorhandensein einer Thoraxchirurgie, um hier adäquat Patientenbehandlung betreiben zu können. Das war eben noch offengeblieben. Das ist im Augenblick noch streitig. – Okay, danke schön. – Jetzt habe ich noch mal den GKV-SV (2 Teilnehmer GKV-SV).

GKV-SV: Ich ziehe zurück.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. – GKV-SV (2. Teilnehmer)

GKV-SV: Vielen Dank. – Ich würde jetzt gerne zu einer anderen Zentrumsart wechseln, und zwar zu den Traumazentren, und zwei Fragen an Herrn Professor van Schoonhoven richten. Würden Sie bitte erläutern, warum es aus Ihrer Sicht erforderlich ist, in den Regelungstext zu den Traumazentren ein explizites Modul Handtrauma und Replantation, eine Klarstellung aufzunehmen, dass zur Einhaltung der Qualitätskriterien mindestens drei Handchirurginnen oder Handchirurgen erforderlich sind? – Das ist zunächst die erste Frage.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Professor van Schoonhoven.

Herr Prof. Dr. van Schoonhoven (DGH): an den GKV-SV, vielen Dank für die Frage, drei Handchirurgen oder Handchirurginnen. Wenn eine Einheit für Replantationen ein spezielles Qualitätskriterium für ein Traumazentrum sein soll, dann muss man dort eine 24-stündige Replantationsdienstleistung vorhalten können, an allen Tagen. Wir haben als Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie zweimal die Minimalkriterien für eine Handeinheit definiert: einmal gemeinsam mit der Europäischen Gesellschaft für Handchirurgie und einmal mit der DGUV. Die Minimalkriterien, die wir dort definiert haben, mussten nachvollziehbar, auch

einfach überprüfbar sein und so eine Einheit definieren. Da ist das Minimalkriterium drei Handchirurgen, weil ich sonst an 365 Tagen 24 Stunden am Tag keine Replantationsbereitschaft aufrechterhalten kann. Das ist das eine, klar nachvollziehbare und einfach zu überprüfende Kriterium.

Das Zweite sind Mindestzahlen, die in dem Vorschlag enthalten sind. Das Dritte wurde freundlicherweise übernommen:

Das war der Vorschlag von uns, die Teilnahme am Handtraumaregister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie. Aber hier reicht die Teilnahme nicht aus, weil man sich einfach als Teilnehmer registrieren kann. Hier müssen aktiv Daten in das Register eingegeben werden, damit für ein Zentrum, das beraten soll, die entsprechenden Daten vorhanden sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr van Schoonhoven. – GKV-SV, Frage beantwortet? Eine weitere Frage?

GKV-SV: Vielen Dank. – Damit sind quasi schon beide Fragen beantwortet. Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt habe ich noch mal die DKG; weitere Fragen?

DKG: Wir hätten noch eine Frage, und zwar bezüglich der Lungenzentren. Ist das bezüglich der Fachgesellschaften so zu verstehen, dass, wenn ich ein Lungenzentrum und die entsprechenden Spezialisierungen habe, dass das nicht bedeutet, dass jedes Lungenzentrum – ich weiß, das werden die meisten machen –, zum Beispiel auch die Spezialisierung Lungenkrebs vorhalten muss? Wenn es diese nicht vorhalten wird, dann die entsprechenden OPS-Ziffern bei den Mindestmengen, wie wir es gekennzeichnet haben, nicht erfüllt sein müssen. Aber wir sehen das genauso, dass nicht jedes Lungenzentrum, das eine Spezialisierung vorhält, automatisch zum Beispiel die Spezialisierung Lungenkrebs vorhalten muss, sondern es vielleicht Lungenzentren gibt, die eine andere Konstellation vorhalten und sagen: Den Lungenkrebs, das machen andere, da sind wir nicht so drin.

Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP): Darf ich das beantworten? Das ist an uns gegangen. – Nicht jedes Lungenzentrum muss ein Lungenkrebszentrum in der Spezifizierung vorhalten. Ich glaube, es zeigt sich ganz eindeutig, dass die Pneumologie ein sehr breit gefächertes Bereich mit sehr vielen Spezialgebieten ist. Das ist auch eine der Aufgaben, das in der Expertise in den jeweiligen Zentren darzustellen. Nicht jedes Lungenzentrum wird eine Expertise im Bereich der Lungenerkrankungen haben. Aber trotzdem ist der Lungenkrebs ein wesentliches Element in unserer Behandlung. Um Ihre Frage konkret zu beantworten: Nicht jedes Lungenzentrum muss ein Lungenkrebszentrum darstellen oder einbringen. Aber umgekehrt sind wir ganz fest der Meinung, dass das Lungenkrebszentrum ein wesentliches Element ist, auch um diese Aufgabe als Lungenzentren zu erfüllen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Gibt es Ergänzungen? – Keine mehr. Okay. – DKG, ist das damit erledigt?

DKG: Ja. Vielen Dank für die Antwort.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay. Danke schön. – Dann frage ich noch einmal alle Bänke, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-SV, KBV, Patientenvertretung, Ländervertreter: Gibt es weitere Fragen? – KBV sehe ich nein, DKG? Machen Sie einmal eine Handbewegung. Ich habe Sie auf dem Bildschirm; nichts mehr. GKV?

(GKV-SV: Auch keine Fragen mehr, danke.)

Okay. PatV? Auch keine weiteren Fragen. Ländervertreter?

(LV: Auch keine weiteren Fragen.)

Dann würde ich jetzt die Möglichkeit eröffnen wollen – es wurde eine Reihe von spezifischen Fragen gestellt – jetzt an alle Stellungnehmer. Ich rufe Sie alle von oben nach unten durch. Gibt es aus Ihrer Sicht noch Dinge, die Sie gern in den Fokus rücken wollen? Noch mal: Wir haben die Stellungnahmen gelesen. Sie brauchen die jetzt nicht im altgriechischen Versmaß zu rezitieren, aber vielleicht gibt es einen Punkt, der für Sie von Bedeutung ist, der bislang nicht angesprochen worden ist. – Ich beginne einmal mit der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie, so wie ich am Anfang aufgerufen habe: Herr Professor van Schoonhoven, haben sie noch irgendetwas, was aus Ihrer Sicht über Ihre Stellungnahme hinaus gesagt werden müsste?

Herr Prof. Dr. van Schoonhoven (DGH): Nein. Wir wollen im Grunde genommen nur darum bitten, dass die Kriterien, die bereits definiert wurden, wie schon von der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie mit der DGUV und mit der Europäischen Gemeinschaft ausgeführt, in den wörtlichen Text übernommen werden. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wunderbar. Danke schön. – Dann habe ich die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und angeborene Herzfehler. Herr Professor Haas, Sie haben schon mehrfach auf die Wichtigkeit der Aufrechterhaltung einer speziellen kinder- und jugendmedizinischen Versorgung hingewiesen. Gibt es einen weiteren Punkt, der Ihnen noch am Herzen liegt?

Herr Prof. Dr. Haas (DGPK): Ich glaube, das ist der wesentliche Punkt. Wir hatten Ihnen zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin einen Vorschlag bzw. Kommentar schriftlich übergeben, in dem explizit steht, dass dieser Passus bezüglich der 15 Jahre unbedingt gestrichen werden muss und dass nach unserer Vorstellung ein Passus hinein sollte – dazu kann wahrscheinlich Herr Schneider Stellung nehmen –, der sagt: Sollten sich im Notfall Kinder in ein entsprechendes Erwachsenenlungenzentrum verirren – das ist in Anführungszeichen bitte zu verstehen –, dann ist dafür Sorge zu tragen, dass diese Kinder und Jugendlichen in kürzester Zeit an die Fachzentren weiter überwiesen werden. Das ist, glaube ich, der wesentliche Punkt, der von unserer Seite dazu zu nennen ist. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Haas. – Dann habe ich Herrn Professor Marx von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Was ist aus Ihrer Sicht noch anzumerken, Herr Marx, oder ist alles gesagt?

Herr Prof. Dr. Marx (DIVI): Vielen Dank, Herr Hecken. – Seitens des Dachverbands der Intensivmedizin möchten wir betonen, dass wir eher von einer Möglichkeit zumindest der Interdisziplinarität in einzelnen Zentren, was die Intensivmedizin angeht, dass wir das besonders wichtig finden, wie es schon teilweise in Zentren durchgeführt wird.

Zweitens die ausschließliche Anbindung an eine Fachgesellschaft, nämlich die DGP, mit dem Weaning-Zertifikat und dem Weaning-Register: Unseres Erachtens sollte das nicht an eine Fachgesellschaft gebunden sein, sondern die Qualitätssicherung sollte fachgesellschafts-unabhängig durchgeführt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Marx. – Die Deutsche Krebsgesellschaft ist nicht mehr drin. Frau Wesselmann hatte sich zu dem Lungenkrebs geäußert. Dann Herr Professor Schneider, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Eben erwähnter Punkt, klar, aber vielleicht noch etwas ergänzend?

Herr Prof. Dr. Schneider (DGKJ): Ich danke Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme, und erspare Ihnen Wiederholungen. Ich glaube, die wichtigen Punkte haben wir genannt. Ich könnte mir vorstellen, dass die GPOH gleich noch etwas zu den kinderonkologischen Zentren anmerken will. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann habe ich Herrn Klee, Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie. Herr Klee, haben Sie noch Punkte, die Sie anführen möchten?

Herr Dr. Klee (GPR): Ich habe nichts zu ergänzen. Ich denke, das Wichtigste haben wir gesagt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann habe ich die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Herrn Professor Berlit.

Herr Prof. Dr. Berlit (DGN): Ich kann nur noch einmal bestätigen, dass die Deutsche Gesellschaft für Neurologie die Einlassungen von Herrn Steinmetz mit der Deutschen Schlaganfallgesellschaft abgestimmt hat. Wir denken, dass neurovaskuläre Zentren eine hohe interdisziplinäre Kompetenz haben müssen. Das heißt, es ist wirklich entscheidend, dass Neurologen, Neuroradiologen und Neurochirurgen hier eng zusammenarbeiten. Es geht darum, dass eine wissenschaftliche Weiterentwicklung verschiedener Techniken erfolgt, dass Beratungen überregional durchgeführt werden, und wir denken, dass wir mit etwa 25 neurovaskulären Zentren in Deutschland eine Größenordnung haben, in der das gewährleistet werden kann. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Berlit. – Jetzt haben wir die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie, die gerade von Herrn Berlit genannt wurde. Herr Weber oder Herr Urbach, wer möchte noch etwas ergänzen?

Herr Prof. Dr. Urbach (DGNR): Herr Berlit hat das eben sehr schön dargestellt. Ich glaube, da gibt es aus Sicht der Neuroradiologie nichts hinzuzufügen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Dann haben wir die Deutsche Schlaganfallgesellschaft. Herr Steinmetz, Sie haben schon mehrfach ausgeführt, Herr Nabavi vielleicht?

Herr Prof. Dr. Steinmetz (DSG): Ich will nur eine Sache noch kurz erwähnen, die aber in unserem Änderungsvorschlag selbsterklärend ist, und wozu auch keine Nachfrage kam.

Wir haben vorgeschlagen, die Intensivmedizin nicht mehr wie in einem früheren Vorschlag unter fachlicher Leitung von Neurologen, Neurochirurgen oder gemeinsam zu definieren, sondern nur noch als Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung des neuromedizinischen Sachverstands. Daran liegt uns sehr, obwohl das wie eine Abschwächung wirkt, aber der Begriff der fachlichen Leitung erschien uns in den Diskussionen so auslegbar, dass wir in den Entwicklungen hin zu größeren organisatorischen Einheiten Gefahr laufen, dass nur noch fünf oder sechs in Deutschland überhaupt die Kriterien erfüllen.

Deshalb bitte ich um Berücksichtigung und wohlwollende Prüfung dieses Vorschlags mit der Vorhaltung unter Einbindung des Sachverstands und Aufgabe der fachlichen Leitung durch Neuromediziner.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Steinmetz. – Jetzt haben wir die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie. Herr Professor Kontny, Sie waren eben schon angesprochen worden, Sie würden sicher bezogen auf die Kinder- und die Lungenzentren noch etwas ergänzen.

Herr Prof. Dr. Kontny (GPOH): Ja, vielen Dank, Herr Professor Hecken, für die Möglichkeit der Stellungnahme. Ich möchte kurz auf zwei Punkte eingehen. Zum einen möchte ich appellieren, die Verabschiedung der Anlage 9, Kinderonkologie, doch im nächsten Jahr durchzuführen und zwar deshalb, weil es die Anlage 2, Onkologie, nicht ermöglicht, alle besonderen Ausgaben geltend zu machen, die für die Kinderonkologie relevant sind, Kosten verursachen und nicht im DRG-System abgebildet sind. Des Weiteren möchte ich an die anwesenden Ländervertreter appellieren, an Ihre entsprechenden Behörden heranzutreten, dass die Kinderonkologien in die Landeskrankenhauspläne der Länder aufgenommen werden. Wir haben am Jahresanfang innerhalb der Fachgesellschaft eine Umfrage gemacht, und es ist weniger als die Hälfte der Kinderonkologien in den Ländern aufgenommen. In ganz Bayern ist kein einziges Zentrum drin. Das heißt, diese Zentren könnten besondere Aufgaben nicht geltend machen. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Kontny. – Jetzt habe ich Frau Professor Orth. Sie haben sich eben schon zur Zahl 250 geäußert. Frau Professor Orth, vielleicht noch Ergänzungen, oder ist alles gesagt?

Frau Prof. Dr. Orth (DGSM): Was ich sagen möchte – und das ist schon mehrfach betont worden –, ist, dass wir uns interdisziplinär orientieren müssen, also sprich: Zum Beispiel hat meine Klinik keine Thoraxchirurgie, aber wir arbeiten sehr eng mit Ludwigshafen zusammen. Ich glaube, es ist wichtig, Netzwerke zu bilden sowohl in der Schlafmedizin als auch in der Pneumologie. – Das wär's.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Professor Orth. – Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Herr Professor Seidenberg, noch etwas zur Ergänzung?

Herr Prof. Dr. Seidenberg (GPP): Nein, ich finde es sehr gut. Ich habe meinen Vorrednern aus der Pädiatrie nichts hinzuzufügen. Ich bedanke mich für das Verständnis der Vertreter der Gesellschaft für Pneumologie und setze auf eine weiterhin sehr gute Zusammenarbeit, auch lokal vor Ort in den verschiedenen Zentren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Seidenberg. – Jetzt kommt Herr Professor Pfeifer, Ergänzung?

Herr Prof. Dr. Bauer (DGP): Ich würde statt Herrn Pfeifer antworten, wenn das in Ordnung ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, gerne.

Herr Prof. Dr. Bauer (DGP): Ich möchte zusammenfassend dem Eindruck entgegenreten, dass man Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs von der Nebenniere aus sehen sollte. Dass die Patienten bisher in den Lungenkrebszentren unterversorgt wären, halte ich für eine schlicht politisch motivierte Behauptung. Viel wichtiger ist uns die Kooperation mit der Thoraxchirurgie, und deshalb sind wir dafür, in einem qualitätsgesicherten Umfeld die C 34-Diagnose zu versorgen, und zwar zusammen mit den Thoraxchirurgen.

Wichtig sind mir noch zwei Punkte: Das ist einmal die gute Definition der Lungenfibrose über die ICD-Codes, die wir zusätzlich genannt haben. So gibt es zum Beispiel in Deutschland ein Zentrum für die Behandlung der Lymphangioliomyomatose, was eine extrem seltene Erkrankung ist, und dafür braucht es sicherlich auch noch ein Zentrum. Nur wird er seine gesamten ICDs aus dieser einen Kodierung nehmen. Und zu guter Letzt: Bei der Behandlung der Lungentuberkulose hat ein ABS-Team aus unserer Sicht nichts zu suchen. Der Anteil der Fortbildung bezogen auf die Lungentuberkulose, die zum Beispiel bei ABS ist, ist extrem gering. Das sind komplett andere Zielsetzungen eines ABS-Teams. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Wenn Sie sagen, politisch motivierte Aussage, sage ich aber dann versorgungspolitisch, weil die Forderung oder die Aussage von der Deutschen Krebsgesellschaft kommt und eben unsere Beratungen über die onkologischen Zentren getragen hat; nur, damit das klar ist. – Dann kommen wir zur Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Herr Dr. Hecker, Sie haben eben schon ausgeführt und auf die Bedeutung der Thoraxchirurgie am Lungenzentrum hingewiesen und darauf, dass es hier drei – ich sage jetzt mal – Superexzellenzzentren und dann noch knapp zweistellig weitere Thoraxchirurgien gibt, die besondere Standards erfüllen. Haben Sie ergänzend noch etwas vorzutragen, was aus Ihrer Sicht wichtig ist? – Herr Hecker.

Herr Dr. Hecker (DGT): Vielen Dank für die Möglichkeit, noch mal eine Stellungnahme abzugeben. Ich glaube, es ist ganz elementar, festzuhalten: Die Lungenzentren, die hier definiert werden sollen, stehen nicht in allererster Linie für die alltägliche Versorgung, sondern sozusagen am Ende der Nahrungskette, und am Ende der Nahrungskette sollte in einem Spitzenzentrum auch die Spitzenexpertise abgebildet sein. Da die Behandlung des Lungenkrebses, aber auch die Diagnostik zu alternativen Behandlungen von Lungenkrebs bei verschiedensten Lungenerkrankungen häufig in der Kombination auf dem Weg durch den Pneumologen oder den Thoraxchirurgen gewählt ist, gehören aus der Sicht unserer beider Fachgesellschaften die Kooperation zu einer Thoraxchirurgie und Pneumologie unabdingbar zusammen. Man muss klar sagen: Die Pneumologie ist eines der wenigen Fachgebiete, in dem die onkologische Expertise einen elementaren Stellenwert in der alltäglichen Behandlung beinhaltet, aber zusätzlich eine andere große Gruppe von nichtonkologischen Erkrankungen behandelt wird.

Wenn man ein Spitzenzentrum definiert, dann gehören Onkologie und Nichtonkologie der Lunge in diesem Fall zusammen, und da spielt dann wiederum auch die Kooperation zwischen diesen beiden Fachgesellschaften eine elementare Rolle. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Dr. Hecker. – Jetzt habe ich Herrn Professor Schönberg für die Deutsche Röntgengesellschaft. Herr Schönberg, haben Sie noch ergänzenden Vortrag aus Sicht der Deutschen Röntgengesellschaft?

Herr Prof. Dr. Schönberg (DRG): Herzlichen Dank, Herr Hecken, für die Möglichkeit, hier noch mal kurz Stellung zu nehmen. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, und es ist gerade bei den verschiedenen Zentren im Bereich der Qualität und der Qualifizierung angekommen, beispielsweise bei den Traumazentren bezüglich der dortigen Spezialkompetenz in der chirurgischen Versorgung, dass es für uns sehr wichtig ist, die Terminologie der radiologisch-diagnostischen Qualifizierungsstränge, die wir umfangreich kommentiert haben, zu verwenden, weil wir gerade durch die seit längeren Jahren etablierten Zertifizierungssysteme der damit auch bildenden qualifizierenden Zentren eine Sicherheit und Sicherstellung von Kompetenz flächendeckend generieren, die aus unserer Sicht entscheidend – und das ist in vielen der Stellungnahmen von Kolleginnen und Kollegen heute angekommen – für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Sicherstellung der Kompetenz ist. Das ist in den Kommentaren teilweise uneinheitlich; dort wird von Oberarzt oder Assistenzarzt gesprochen. Das bildet natürlich nicht mehr die moderne Medizin ab. Ich nenne als kurzes Beispiel nur das Traumazentrum, wo wir in der Zertifizierung einerseits den Musculus skelettalen Radiologen mit dem entsprechenden Schwerpunktzentrum haben und andererseits den zertifizierten interventionellen Radiologen, wirklich zur Sicherstellung der Blutungsstillung, der entsprechenden Drainagen etc. Und das bitte auch noch mal: Für die Berücksichtigung wären wir sehr dankbar, weil das, glaube ich, das ganze Konzept nur stärkt und nachhaltiger macht. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Schönberg. – Dann habe ich Frau Dr. Bele, Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin. – Frau Bele, haben Sie noch Dinge, die aus Sicht Ihrer Gesellschaft noch einmal in den Fokus gerückt werden müssten?

Frau Dr. Bele (DGNI): Ja. Letztendlich zielt jede Gesellschaft oder jede Zentrumsbeschreibung immer auf Spezialisierung ab. Wir würden es eigentlich begrüßen, wenn auch die Intensivmedizin von den neurovaskulären Zentren entsprechend spezifiziert wäre und das auch bleiben würde. Wir würden es sehr schade finden, wenn sozusagen die Neurointensivmedizin aus der Neurologie und aus der Neurochirurgie verschwindet, weil man immer mehr dazu übergeht, dass nur irgendeiner da ist oder abrufbar ist, um Expertise beizubringen. Wir sehen in unserem eigenen Intensivbereich, dass das einfach nicht ausreichend ist. Es wäre begrüßenswert, wenn es die Neurointensivmediziner weiter gibt und dieser Bereich gestärkt wird und dass man tatsächlich darauf abzielen würde, dass neurovaskuläre Zentren nicht nur einen Neuroradiologen haben, sondern auch einen Neurointensivmediziner, der hauptamtlich verantwortlich wäre. Das wäre uns wichtig.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, danke schön, Frau Dr. Bele. – Dann haben wir noch die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Herrn Professor Goldbrunner oder Herrn Professor Rohde. Ergänzungen aus Ihrer Sicht?

Herr Prof. Dr. Goldbrunner (DGNC): Keine besonderen Ergänzungen. Die Änderungen zum Antrag neurovaskuläre Zentren waren zwischen DSG, der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie abgestimmt. Insofern ist das in Ordnung. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Goldbrunner. – Dann haben wir es. Ich schaue nach diesen Schlussstatements noch einmal in die Runde. Keine Wortmeldungen mehr von den Bänken? – Dann sage ich herzlichen Dank für die Zeit, die sie uns gewidmet haben und vor allen Dingen für die viele Zeit und die viele Arbeit, die Sie in die sehr dezidierten und umfänglichen Stellungnahmen investiert haben. Ich bin absolut sicher, dass vieles von dem, was Sie vorgetragen haben, am Ende des Tages von uns noch antizipiert wird. Insofern hoffe ich, dass viel der investierten Mühe am Ende des Tages nicht vergebens war. Herzlichen Dank. Wir können dann die Anhörung beenden. Wir werden das, was schriftlich und mündlich vorgetragen worden ist, in die weiteren Beratungen einbeziehen. Damit schließen wir die Anhörung. Danke an alle Externen und noch einen schönen Resttag.

Schluss der Anhörung: 12:41 Uhr

8. Würdigung der Stellungnahmen

Aufgrund der schriftlich und mündliche vorgetragene Argumente zu den zur Stellungnahme gestellten Beschlussinhalten wird der Beschlussentwurf wie folgt geändert:

Anlage 3 § 1 Abs. 4 Nr. 2 lit. a:

Es erfolgt eine Spezifizierung des Qualitätskriteriums, wonach 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) vorgehalten werden müssen, von denen jederzeit eine Handchirurgin oder ein Handchirurg innerhalb von 30 Minuten am Standort des Zentrums verfügbar ist.

Anlage 3 § 1 Abs. 4 Nr. 2 lit. d:

Die Teilnahme am Handtraumaregister (HTR) der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie wird dahingehend konkretisiert, dass damit auch die Datenlieferung an das Register verbunden ist

Anlage 6 § 1 Absatz 1 Nr. 3

Auf das Kriterium einer anästhesiologischen Fachabteilung als Qualitätsanforderung wird verzichtet

Anlage 6 § 1 Absatz 5 Nr. 2

Festlegung auf die Mindestmenge von 80 Eingriffen zur intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltung (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90, 5-025), davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping (OPS 5-025),

Anlage 7 § 1 Absatz 1 Nr. 4 lit. d)

Es erfolgt eine Konkretisierung, wonach der ab dem Jahr 2021 anwendbare OPS-Kode für prolongierte Beatmungsentwöhnung zu kodieren ist.

Anlage 7 § 1 Absatz 3

Folgende Nummer 4 wird eingefügt:

„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.“

Anlage 7 § 1 Absatz 4

Es erfolgt eine Konkretisierung der Mindestfallzahlen. Die Fälle mit der Hauptdiagnose C34 können für das Erreichen der Mindestfallzahlen nur herangezogen werden, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Das Lungenzentrum behandelt mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose (C34) pro Jahr und
2. das Lungenzentrum verfügt über eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie.

Anlage 7 § 1 Absatz 5

Die geforderten Spezialisierungsoptionen am Standort werden neu definiert.

9. Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

08/12/2020 12:30 030184413788

BMG REFERAT 213

S. 01/01



Bundesministerium
für Gesundheit



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

AZ Berlin, 8. Dezember 2020
213 - 21433 - 07

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 20. November 2020
hier: 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**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V in Verbindung mit § 136c Absatz 6 SGB V vorgelegte o. g.
Beschluss vom 20. November 2020 über eine Änderung der Regelungen zur Konkretisierung der
besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V wird nicht
beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. Dr. Josephine Tautz
Ausgefertigt

Wiebe

10. Beschluss

Veröffentlicht im Bundesanzeiger am 17. Dezember 2020 (BAnz AT 17.12.2020 B8)

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 hirnersorgender 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 hirnersorgenden 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 Prüfarztqualifikation 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 (Lungengerüsterkrankungen), 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