

# **Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation**

**Zentrums-Regelungen:**

**Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren  
für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie**

Stand: 17. August 2023

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](http://www.g-ba.de)

## **Inhaltsverzeichnis**

- 1. Unterlagen, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**
  - a. Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie**
  - b. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen)**
  - c. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie**
- 2. Schriftliche Stellungnahmen**
- 3. Wortprotokoll zur Anhörung**

# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für Intensivmedizin, Standort  
Kinderonkologie

Vom T. Monat JJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJ 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 18. März 2022 (BAnz AT 03.06.2022 B3) wie folgt zu ändern:

Position A	Position B
<i>[nebenstehende Position wird abgelehnt, Alternativvorschlag nachfolgend]</i>	<i>[nebenstehende Position wird abgelehnt, Alternativvorschlag nachfolgend]</i>
I. Die Zentrums-Regelungen werden wie folgt geändert:  1. Die Anlage 3 - Traumazentren wird wie folgt geändert:  a) Dem § 1 wird folgender Absatz 5 angefügt:  „(5) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 4.b) als besondere Aufgaben übernommen	I. Den Anlagen wird folgende Anlage angefügt:  „Anlage 8 - Zentren für Intensivmedizin §1 Qualitätsanforderungen 1. Strukturelle Anforderungen a) Vorhaltung einer überregionalen intensivmedizinischen Schwerpunktversorgung mit einer intensivmedizinischen, interdisziplinären Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung

Position A	Position B
<p>werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,</li> <li>2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,</li> <li>3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,</li> <li>4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem</li> </ol>	<p>und Organersatztherapie am Standort. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) Leitung des Zentrums durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Die ärztliche Leitung des Zentrums verfügt über die Befugnis für die jeweilige Facharztweiterbildung und zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.</li> <li>c) 24/7-Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie.</li> <li>d) 24/7-Verfügbarkeit intensivpflegerischer Kompetenz.</li> <li>e) 24 stündige Aufnahmebereitschaft für akut intensivmedizinische Fälle.</li> <li>f) Mindestens 15 Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin am Standort.</li> <li>g) Tägliche Verfügbarkeit infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, auch in Kooperation möglich.</li> <li>h) Verfügbarkeit klinisch-pharmazeutischer Kompetenz, auch in Kooperation möglich.</li> <li>i) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kardiologie,</li> <li>– Gastroenterologie,</li> <li>– Neurologie,</li> <li>– Hämatookologie,</li> </ul> </li> </ol>

Position A	Position B
<p>Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</p> <p>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein, und</p> <p>6. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.“</p> <p>b) § 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Angabe „4“ vor den Wörtern „Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen“ wird durch die Angabe „4a“ ersetzt.</p> <p>bb) Vor der Nummer 5 wird folgende neue Nummer 4b eingefügt:</p> <p>„4b) Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Polytrauma, schweres Schädelhirntrauma, Mono- und Multiorganversagen, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pulmonologie,</li> <li>– Anästhesiologie,</li> <li>– Pädiatrie,</li> <li>– Viszeral- und Transplantationschirurgie,</li> <li>– Unfallchirurgie,</li> <li>– Gefäßchirurgie,</li> <li>– Herzchirurgie,</li> <li>– Thoraxchirurgie,</li> <li>– Neurochirurgie,</li> <li>– Interventionelle Neuroradiologie,</li> <li>– Psychiatrie/Psychosomatik,</li> <li>– HNO oder MKG,</li> <li>– Plastische Chirurgie,</li> <li>– Radiologie.</li> </ul> <p>j) 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit der Indikation zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO).</p> <p>k) Vorhaltung einer Weaning-Einheit unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Pneumologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.</p> <p>l) 24 stündige kurzfristige Verfügbarkeit interventioneller (neuro)radiologischer Verfahren.</p> <p>m) Vorhaltung einer Krankenhausapotheke mit 24/7-Erreichbarkeit, auch in Kooperation möglich.</p> <p>n) Werk tägliche Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende.</p>

Position A	Position B
<p>2. Die Anlage 5 - Herzzentren wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Dem § 1 werden folgende Absätze 7 und 8 angefügt:</p> <p>„(7) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 5b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,</li> <li>2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,</li> <li>3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Forschungstätigkeit <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder</li> <li>b) Mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der Intensivmedizin oder</li> <li>c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa oder intensivmedizinische Grundlagenforschung.</li> </ol> </li> <li>3. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung <p>Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.</p> </li> <li>4. Mindestfallzahlen <p>Stationäre Behandlung von mindestens 2700 Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (OPS 8-98f.-).</p> </li> <li>5. Anforderung an die Telemedizinereinheit zur Erfüllung der besonderen Aufgabe 8. <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Es muss täglich mindestens eine Tele-Visite für die Intensivstation jedes an das intensivmedizinische Zentrum angeschlossene Krankenhaus durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin durchführbar sein.</li> </ol> </li> </ol>

Position A	Position B
<p>4. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und</p> <p>5. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</p> <p>(8) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Leistungen nach § 2 Nr. 7 als besondere Aufgabe übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020</li> <li>2. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist jederzeit innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.“</li> </ol> <p>b) § 2 wird wie folgt geändert</p> <p>aa) Die Angabe „5“ vor den Wörtern „Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen“ wird ersetzt durch die Angabe „5.a“.</p> <p>bb) Vor Nummer 6 wird folgende neue Nummer 5.b eingefügt:</p> <p>„5b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser</p>	<p>§ 2 Besondere Aufgaben</p> <p>Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können folgende besonderen Aufgaben übernehmen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interdisziplinäre intensivmedizinische 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 spezialisierter Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</li> <li>2. 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 intensivmedizinischen Versorgung dienen.</li> <li>3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von</li> </ol>

Position A	Position B
<p>mit den Diagnosen Mono- und Multiorganversagen, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.“</p> <p>cc) In Nummer 7 wird der letzte Satz gestrichen.</p> <p>3. Die Anlage 6 - Neurovaskuläre Zentren wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Dem § 1 wird folgender Absatz 6 angefügt:</p> <p>„(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,</li> <li>2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und</li> </ol>	<p>Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.</p> <p>4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Intensivzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse in der Intensivmedizin. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Darstellung des Zentrums für Intensivmedizin und seiner Netzwerkpartner Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),</li> <li>b. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besondere Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),</li> <li>c. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,</li> <li>d. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und</li> </ol>

Position A	Position B
<p>apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,</li> <li>4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</li> <li>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und</li> <li>6. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.“</li> </ol> <p>b) § 2 wird wie folgt geändert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>aa) Die Angabe „6“ vor den Wörtern „Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen“ wird ersetzt durch die Angabe „6a“.</li> </ol>	<p>Behandlungserfolge mit anderen Zentren der Intensivmedizin,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>e. Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Intensivmedizin</li> <li>f. Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. 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.</li> <li>6. Erbringung intensivpflegerischer Beratungsleistungen für andere Krankenhäuser.</li> <li>7. Vermittlung und Vertiefung von ausgewählter, intensivmedizinischer Methodenkompetenz durch Angebote von Hospitationen und Praktika für Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonen und Therapeutinnen und Therapeuten anderer Krankenhäuser.</li> <li>8. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, sofern diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.“</li> </ol>

Position A	Position B
<p data-bbox="315 276 1088 347">bb) Vor der Nummer 7 wird folgende neue Nummer 6b eingefügt:</p> <p data-bbox="315 395 1088 738">„6b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Mono- und Multiorganversagen, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.“</p> <p data-bbox="163 786 958 818">4. Die Anlage 7 - Lungenzentren wird wie folgt geändert:</p> <p data-bbox="259 866 943 898">a) § 1 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt geändert:</p> <p data-bbox="315 946 1088 1018">aa) In Buchstabe d) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt und die Angabe „8-718.9“ gestrichen.</p> <p data-bbox="315 1066 1088 1137">bb) In Buchstabe g) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt.</p> <p data-bbox="259 1185 999 1217">b) Dem § 1 werden folgende Absätze 6 und 7 angefügt:</p> <p data-bbox="259 1265 1088 1337">„(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden</p>	

Position A	Position B
<p>sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="264 316 1093 619">1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,</li><li data-bbox="264 635 1093 970">2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,</li><li data-bbox="264 986 1093 1129">3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,</li><li data-bbox="264 1145 1093 1327">4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem</li></ol>	

Position A	Position B
<p>Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und</li> <li>6. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</li> </ol> <p>(7) Sofern intensivmedizinische telemedizinischer Leistungen nach § 2 Nr. 9 als besondere Aufgabe übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020 und</li> <li>2. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist jederzeit innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.“</li> </ol> <p>c) § 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Angabe „6“ vor den Wörtern „Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen“ wird ersetzt durch die Angabe „6a“.</p>	

Position A	Position B
<p>bb) Vor der Nummer 7 wird folgende neue Nummer 6b eingefügt:          „6b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Lungenversagen, Rechtsherzversagen, Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.“</p>	
<p><i>[nebenstehende Position wird abgelehnt]</i></p>	<p>In Anlage 2 - Onkologische Zentren wird § 1 wie folgt geändert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In Absatz 1 Nummer 4 werden die Wörter „in dem Zentrum“ durch die Wörter „am Standort der Kinderonkologischen Einheit“ ersetzt.</li> <li>2. Absatz 5 wird wie folgt geändert:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:                 „Die Tumorentität „Kinderonkologie“ muss nicht am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden sein; es ist ein Kooperationsvertrag zwischen Kinderonkologischer Einheit und dem Standort des Onkologischen Zentrums, sowie eine räumliche Nähe von nicht mehr als 15000 m Luftlinie vorzuweisen.“</li> <li>b. Die Fußnote wird wie folgt neu gefasst:</li> </ol> </li> </ol>

Position A	Position B
	„ <sup>1</sup> Für die Kinderonkologie werden 30 Behandlungsfälle (nicht notwendigerweise Primärfälle) am Standort der Kinderonkologischen Einheit pro Jahr gefordert. Die Kinderonkologische Einheit muss nicht am Standort nach § 2a Absatz 1 KHG des Onkologischen Zentrums vorhanden sein.“

II. Die Änderungen der Regelungen treten am Tage nach der Verkündung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Regelungen

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zen- tren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen)**

in der Fassung vom 5. Dezember 2019  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 12.03.2020 B2)  
in Kraft getreten am 1. Januar 2020

zuletzt geändert am 18. März 2022  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 03.06.2022 B3)  
in Kraft getreten am 1. April 2022

*[Änderungen sind in blau kenntlich gemacht]*

[...]

## **Anlage 3 – Anforderungen an Traumazentren**

### **§ 1 Qualitätsanforderungen**

#### **(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen**

Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012<sup>1</sup>.

#### **(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 Traumazentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

#### **(3) Forschungstätigkeit**

1. a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren  
oder  
b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Traumatologie  
oder  
c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa
2. Teilnahme am Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

#### **(4) Spezialisierung (mind. eine)**

1. Ausweisung als Verbrennungszentrum und Vorhaltung von ebenfalls durch die Landesbehörde zu bestimmenden Betten für Schwerbrandverletzte und Anmeldung bei der Zentralstelle für die Vermittlung von Krankenhausbetten für Schwerbrandverletzte (Feuerwehr Hamburg)  
oder
2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt:
  - a) 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) Nachweisbare Erfahrung in der Durchführung der folgenden mikrochirurgischen Techniken: Revaskularisation, Replantation, Lappenchirurgie und Nervennaht,

<sup>1</sup> Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Projekt der „Initiative Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Berlin Stand Mai 2012, 2. erweiterte Auflage. Seite 17-18 und Seite 30 (Anhang 1).

c) Mindestens 200 handchirurgische Eingriffe pro Kalenderjahr am Standort des Zentrums, davon mindestens 50 mikrochirurgische Eingriffe mit mikrochirurgischer Nerven- oder Gefäßnaht und

d) Teilnahme am Handtraumaregister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie; dies umfasst auch die aktive Datenlieferung an das Register.

oder

3. Regelmäßige umfassende Behandlung von Querschnittverletzungen gemäß dem Konzept zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen (BAR-Konzept vom 01.07.2007) ausgewiesen von der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e.V. (DGMP).

oder

4. Vorhaltung eines kindertraumatologischen Referenzzentrums gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012, das die Anforderungen des Moduls zur umfassenden Notfallversorgung für Kinder gemäß § 25 Absatz 4 der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllt.

Position A	Position B
<p>(5) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 4.b) als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,</li> <li>2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und</li> </ol>	<p><i>[keine Änderung]</i></p>

<p>Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,</li> <li>4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</li> <li>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein, und</li> <li>6. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</li> </ol>	
--	--

## § 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. <sup>1</sup>Interdisziplinäre traumatologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. <sup>2</sup>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. <sup>1</sup>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 Traumaversorgung dienen. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
3. <sup>1</sup>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Traumazentrums 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. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Schwerverletztenversorgung. <sup>3</sup>Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
  - a) Darstellung des Traumazentrums und seiner Netzwerkpartner,
  - b) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
  - c) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
  - d) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
  - e) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Traumazentren,
  - f) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Traumatologie und
  - g) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.
- 4a. Erbringung zentrumspezifischer 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.

Position A	Position B
<p>4b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Polytrauma, schweres Schädelhirntrauma, Mono- und Multiorganversagen, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</p>	<p><i>[keine Änderung]</i></p>

5. Führung und Auswertung eines Traumaregisters der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).
6. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten: 24-stündige Verfügbarkeit intraoperativer Computertomografie mit Vorhaltung des entsprechenden fachradiologischen Bereitschaftsdienstes.
7. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten: Kosten der ganzjährigen Vorhaltung von Verbrauchsmaterialien für die Versorgung von Großschadensereignissen.

[...]

## **Anlage 5 – Anforderungen an Herzzentren**

### **§ 1 Qualitätsanforderungen**

- (1) Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:
  - a) Vorhaltung der Fachabteilungen Herzchirurgie und Kardiologie,
  - b) Vorhaltung eines Elektrophysiologielabors, Möglichkeit zur Ablation von komplexen ventrikulären Tachykardien und Vorhaltung eines Hybrid OPs,
  - c) Vorhaltung einer überregionalen Heart Failure Unit (HFU) gemäß den gemeinsamen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (Stand 13.07.2016)<sup>1</sup> unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kardiologie und Intensivmedizin oder Herzchirurgie und Intensivmedizin bzw. interdisziplinäre Leitung durch eine Kardiologin oder einen Kardiologen und einer Herzchirurgin oder einen Herzchirurgen (jeweils mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin),
  - d) Vorhaltung einer Chest Pain Unit unter Leitung einer Kardiologin oder eines Kardiologen gemäß § 28 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V,
  - e) die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (MHIRL) sind zu erfüllen.
- (2) Anforderungen an die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen
  1. Möglichkeit zur Assist-Device-Implantation (Left ventricular assist device - LVAD, right ventricular assist device - RVAD und biventricular assist device - BiVAD),
  2. Expertise in der Implantation und Nachsorge von Herzunterstützungssystemen und Kunstherzen (total artificial heart - TAH), Vorhaltung von Ventricular-Assist-Device-Koordinatoren mit Expertise in der Nachsorge mit 24/7-Rufbereitschaft für Patientinnen und Patienten und andere stationäre Leistungserbringer und
  3. 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit veno-arterieller extrakorporaler Membranoxygenierung (VA-ECMO) für Patientinnen und Pati-

<sup>1</sup> Ertl G., Angermann E., Bekeredjian R. et al. (2016). Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units“, HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Kardiologie 10:222–235. Online publiziert am 13.07.2016: [https://leitlinien.dgk.org/files/2016\\_Empfehlung\\_DGTHG\\_DGK\\_Herzinsuffizienz\\_Netzwerke.pdf](https://leitlinien.dgk.org/files/2016_Empfehlung_DGTHG_DGK_Herzinsuffizienz_Netzwerke.pdf).

enten im kardiogenen Schock, bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von VA-ECMO-Systemen.

(3) Spezialisierung (mindestens eine)

1. Besondere Expertise in der Kinderherzmedizin:

- a) Vorhaltung der Fachabteilung Kinderkardiologie,
- b) Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten), welche die folgenden Anforderungen erfüllt:
  - Für die Behandlung angeborener Herzfehler steht eine Kardiochirurgin oder ein Kardiochirurg mit spezieller Erfahrung in der Betreuung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten) zur Verfügung.
  - Eine Fachärztin oder ein Facharzt (Kinderkardiologie oder Innere Medizin und Kardiologie) mit der Zusatzqualifikation EMAH-Kardiologe ist jederzeit verfügbar

und

- c) Die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL) sind zu erfüllen.

oder

2. Besondere Expertise in der Herztransplantationsmedizin:

- a) Vorhaltung einer Transplantationseinheit für Herz- und Herz-Lungentransplantationen und
- b) Durchführung von jährlich mindestens 20 Herz- oder Herz-Lungentransplantationen.

(4) Forschungstätigkeit

1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren

oder

2. mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Herzmedizin

oder

3. Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa

(5) 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 Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(6) Mindestfallzahlen

Jährliche Durchführung von mindestens 1.500 Fällen mit mindestens einem der folgenden herzchirurgischen Eingriffe: aortokoronare Bypass-Operation mit oder ohne HLM, isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation, Chirurgie angeborener Herzfehler, Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf, Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien und Aorta thoracica (d.h. Fälle mit mindestens einem der folgenden OPS-Kodes: 5-35, 5-36, 5-37, 5-384.0\*\*, 5-384.1\*\*, 5-384.3\*\* oder 5-390).

Position A	Position B
<p>(7) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 5b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,</li><li>2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,</li><li>3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären,</li></ol>	<p><i>[keine Änderung]</i></p>

<p>multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein, und</li> <li>5. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</li> </ol> <p>(8) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Leistungen nach § 2 Nr. 7 als besondere Aufgabe übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020</li> <li>2. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist jederzeit innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.</li> </ol>	
---	--

## § 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. <sup>1</sup>Interdisziplinäre kardiologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. <sup>2</sup>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. <sup>1</sup>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 Herzmedizin dienen. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
3. 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.
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Herzzentrums 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 Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Herzmedizin. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
  - a) Darstellung des Herzzentrums und seiner Netzwerkpartner,
  - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie, Kardiologie und Kinderkardiologie,
  - 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 Herzzentren,
  - 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 Herzmedizin und
  - i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.
- 5a. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser und spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertrags-

ärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

Position A	Position B
<p>5b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Mono- und Multiorganversagen, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</p>	<p>[keine Änderung]</p>

6. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
7. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!), wenn diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

Position A	Position B
<p><del>Die Übernahme dieser besonderen Aufgabe setzt voraus, dass das Zentrum im Jahr 2020 mehr als 50 vollstationäre Fälle mit der Nebendiagnose SARS CoV 2 (U07.1!) intensivmedizinisch behandelt hat und dass jederzeit eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar ist.</del></p>	<p>[keine Änderung]</p>

## **Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren**

### **§ 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.

Position A	Position B
<p>(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,</li><li>2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der</li></ol>	<p><i>[keine Änderung]</i></p>

<p>Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,</li> <li>4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</li> <li>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein, und</li> <li>6. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</li> </ol>	
---	--

## § 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. <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten 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. <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. <sup>3</sup>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 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.

- 6a. 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.

Position A	Position B
<p>6b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Mono- und Multiorganversagen, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</p>	<p><i>[keine Änderung]</i></p>

7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

## Anlage 7 – Lungenzentren

### § 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

Position A	Position B
50 <del>100</del>	[keine Änderung]

Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär

Position A	Position B
(OPS 8-718.8, <del>8-718.9</del> ),	[keine Änderung]

- 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

Position A	Position B
50 <del>100</del>	[keine Änderung]

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 Mindefallzahlen 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  $\alpha$ 1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden, und
- d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für interstitielle Lungenerkrankungen (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:
    - Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit Verantwortung für die Krankenhaushygiene und
    - Fachärztin oder Facharzt entweder mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
    - Apothekerin oder Apotheker mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
    - 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

Position A	Position B
<p>(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen</li> </ol>	<p>[keine Änderung]</p>

Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,

2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,
3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,
4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,
5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein, und

<p>6. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</p> <p>(7) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Leistungen nach § 2 Nr. 9 als besondere Aufgabe übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020 und</li> <li>2. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist jederzeit innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.</li> </ol>	
--	--

## § 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 Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierte 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 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. <sup>1</sup>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 Pneumologie dienen. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten

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. <sup>1</sup>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 (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. <sup>3</sup>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 und
  - 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.
- 6a. 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.

Position A	Position B
6b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer	[keine Änderung]

<p>Krankenhäuser mit den Diagnosen Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Lungenversagen, Rechtsherzversagen, Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</p>	
---	--

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.
9. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!), wenn diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

Position A	Position B
<p><del>Die Übernahme dieser besonderen Aufgabe setzt voraus, dass das Zentrum im Jahr 2020 mehr als 50 vollstationäre Fälle mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) intensivmedizinisch behandelt hat und dass jederzeit eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar ist.</del></p>	<p><i>[keine Änderung]</i></p>

[...]

## Anlage 2 – Anforderungen an Onkologische Zentren

### § 3 Qualitätsanforderungen

#### (6) Strukturelle Anforderungen

1. Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden und Verfügbarkeit von histopathologischer Tumordiagnostik innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang (sofern die Beschaffenheit der Probe dies erlaubt).
2. a) 24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten  
oder  
b) Erbringung von mindestens 25 Fällen mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des Onkologischen Zentrums (OPS-Kode 8-98e).
3. Strukturierter Einsatz von entsprechend qualifiziertem Personal in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung zur Koordination vorhandener Hilfsangebote für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen.
4. Sofern kideronkologische Leistungen

Position A	Position B
<i>[keine Änderung]</i>	am Standort der Kinderonkologischen Einheit <del>in dem Zentrum</del>

erbracht werden, sind 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) zu erfüllen.

#### (7) 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 Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

#### (8) Forschungstätigkeit

1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren  
oder
2. mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Onkologie  
oder
3. Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa

(9) Kooperationen

<sup>1</sup>Voraussetzung ist eine regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. <sup>2</sup>Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.

(10) Mindestfallzahlen

<sup>1</sup>Voraussetzung ist eine nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens fünf Tumorentitäten. <sup>2</sup>Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem Onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. <sup>3</sup>Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst:

1. Darmkrebs,
2. Brustkrebs,
3. gynäkologische Krebsarten,
4. hämatologische Neoplasien,
5. Hautkrebs,
6. Lungenkrebs,
7. Prostatakrebs.

<sup>4</sup>Die je Tumorentität mindestens zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen. <sup>5</sup>Das Onkologische Zentrum erreicht einen Geltungsbereich von mindestens 50 % der neuauftretenden (inzidenten) Tumorerkrankungen (tumorspezifischer Geltungsbereich = Anteil der Neuerkrankungsfälle je Tumorentität gemessen an allen Krebsneuerkrankungsfällen in Deutschland).

Position A	Position B
<i>[keine Übernahme]</i>	<sup>6</sup> Die Tumorentität „Kinderonkologie“ muss nicht am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden sein; es ist ein Kooperationsvertrag zwischen Kinderonkologischer Einheit und dem Standort des Onkologischen Zentrums, sowie eine räumliche Nähe von nicht mehr als 15000 m Luftlinie vorzuweisen.

<sup>76</sup>Der individuell von einem Onkologischen Zentrum erreichte Geltungsbereich (in %) wird berechnet, indem die tumorspezifischen Geltungsbereiche (Tabelle 1 Spalte D) für alle Tumorentitäten, für die das Zentrum die Mindestprimärfallzahl gemäß Tabelle 1 Spalte E erreicht, addiert werden. <sup>89</sup>Abweichend von Satz 1 ist bis zum 30.06.2022 nur eine nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens vier Tumorentitäten notwendig.

A	B	C	D	E
Tumorentitäten	ICD	Krebs-Neuerkrankungen	Geltungsbereich Anteil in %	Mindestprimärfälle pro Jahr
Darm	C18-C20	59.051	14,54	50
Pankreas	C25	17.127	4,22	25
Magen	C16	15.432	3,80	30
HCC	C22	9.083	2,24	30
Speiseröhre	C15	6.924	1,71	20
Sonstige gastro-intestinale Tumoren (Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren, Dünndarm-Tumoren)	C17, C21, C23-C24	9.600	2,36	10
Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere)	C73-C75	6.587	1,62	15
Hämatologische Neoplasien	C81-88, C90-C96	39.799	9,81	70
Mamma	C50	69.871	17,21	100
Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl. BOT, Vulva, Vaginal Tumoren)	C51-C57	26.789	6,77	50
Haut (Invasives malignes Melanom)	C43	21.230	5,23	40
Prostata	C61	57.368	14,13	100
Hoden, Penis	C60, C62	4.904	1,21	10
Niere	C64	14.956	3,68	35
Harnblase	C67	15.852	3,90	50
Sarkome (inkl. GIST)	C40-C41, C45-C49	6.271	1,54	50
Kopf-Hals-Tumoren (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen,	C00-C14, C30-C32	17.270	4,25	75

Mundhöhle, Ra- chen und Kehl- kopf)				
Neuroonkologi- sche Tumoren	C70-C72, C75	7.186	1,77	100
<b>GESAMT</b>		<b>406.018</b>	<b>100 %</b>	
Lunge	C34	53.762	13,24	200
Kinderonkolo- gie <sup>2</sup>	Onkologisch-hä- matologische Hauptdiagnosen gemäß Liste 1 KiOn-RL	2.111	0,52	30 Zentrumsfälle

**Tabelle 1**

<sup>1</sup> Für die Kinderonkologie werden 30 Behandlungsfälle (nicht notwendigerweise Primärfälle) am Standort der Kinderonkologischen Einheit pro Jahr gefordert.

<b>Position A</b>	<b>Position B</b>
<i>[keine Änderung]</i>	Die Kinderonkologische Einheit muss nicht am Standort nach § 2a Absatz 1 KHG des Onkologischen Zentrums vorhanden sein.

## § 4 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. <sup>1</sup>Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. <sup>2</sup>Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von Tumorboards 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 spezialisierter Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. <sup>1</sup>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 onkologischen Versorgung dienen. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
3. <sup>1</sup>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des onkologischen 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. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Onkologie. <sup>3</sup>Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
  - a) Darstellung des Onkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,
  - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie bzw. der Fachärzte mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung,
  - c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen oder 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 Onkologischen Zentren,
  - 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 Onkologie und
  - i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.
4. 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.
  5. Tumorregistererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers, soweit diese Aufgabe über die Aufgaben nach § 65c SGB V hinausgeht.
  6. Leistungen der in der Richtlinie zur Kinderonkologie vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.
  7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

[...]

Position A	Position B
<i>[keine Änderung]</i>	<p>Anlage 8 - Zentren für Intensivmedizin</p> <p>§ 1 Qualitätsanforderungen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Strukturelle Anforderungen               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Vorhaltung einer überregionalen intensivmedizinischen Schwerpunktversorgung mit einer intensivmedizinischen, interdisziplinären Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie am Standort. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010.</li> </ol> </li> </ol>

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>b) Leitung des Zentrums durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Die ärztliche Leitung des Zentrums verfügt über die Befugnis für die jeweilige Facharztweiterbildung und zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.</li><li>c) 24/7-Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie.</li><li>d) 24/7-Verfügbarkeit intensivpflegerischer Kompetenz.</li><li>e) 24 stündige Aufnahmebereitschaft für akut intensivmedizinische Fälle.</li><li>f) Mindestens 15 Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin am Standort.</li><li>g) Tägliche Verfügbarkeit infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, auch in Kooperation möglich.</li><li>h) Verfügbarkeit klinisch-pharmazeutischer Kompetenz, auch in Kooperation möglich.</li><li>i) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:<ul style="list-style-type: none"><li>– Kardiologie,</li><li>– Gastroenterologie,</li><li>– Neurologie,</li><li>– Hämatonkologie,</li><li>– Pulmonologie,</li><li>– Anästhesiologie,</li><li>– Pädiatrie,</li><li>– Viszeral- und Transplantationschirurgie,</li><li>– Unfallchirurgie,</li><li>– Gefäßchirurgie,</li><li>– Herzchirurgie,</li><li>– Thoraxchirurgie,</li></ul></li></ul> |
|--|--|

- Neurochirurgie,
- Interventionelle Neuroradiologie,
- Psychiatrie/Psychosomatik,
- HNO oder MKG,
- Plastische Chirurgie,
- Radiologie.

j) 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit der Indikation zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO).

k) Vorhaltung einer Weaning-Einheit unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Pneumologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

l) 24 stündige kurzfristige Verfügbarkeit interventioneller (neuro)radiologischer Verfahren.

m) Vorhaltung einer Krankenhausapotheke mit 24/7-Erreichbarkeit, auch in Kooperation möglich.

n) Werktägliche Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende.

## 2. Forschungstätigkeit

a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder

b) Mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der Intensivmedizin oder

c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa oder intensivmedizinische Grundlagenforschung.

3. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

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

4. Mindestfallzahlen

B. Stationäre Behandlung von mindestens 2700 Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (OPS 8-98f.-).

5. Anforderung an die Telemedizinereinheit zur Erfüllung der besonderen Aufgabe 8.

a) Es muss täglich mindestens eine Tele-Visite für die Intensivstation jedes an das intensivmedizinische Zentrum angeschlossene Krankenhaus durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin durchführbar sein.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können folgende besonderen Aufgaben übernehmen

1. Interdisziplinäre intensivmedizinische 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 spezialisierter Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

2. 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 intensivmedizinischen Versorgung dienen.
3. 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.
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergeb-

nisse des Intensivzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse in der Intensivmedizin. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

- a. Darstellung des Zentrums für Intensivmedizin und seiner Netzwerkpartner Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
- b. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besondere Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
- c. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
- d. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Zentren der Intensivmedizin,

	<ul style="list-style-type: none"><li>e. Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Intensivmedizin</li><li>f. Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>5. 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.</li><li>6. Erbringung intensivpflegerischer Beratungsleistungen für andere Krankenhäuser.</li><li>7. Vermittlung und Vertiefung von ausgewählter, intensivmedizinischer Methodenkompetenz durch Angebote von Hospitationen und Praktika für Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonen und Therapeutinnen und Therapeuten anderer Krankenhäuser.</li><li>8. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, sofern diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</li></ol>
--	--

# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für In-  
tensivmedizin, Standort Kinderonkologie

Vom T. Monat JJJJ

**Inhaltsverzeichnis**

*[wird ergänzt]*

Position A	Position B
<p><b>1. Rechtsgrundlage</b></p> <p>Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (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, vgl. § 136c Absatz 5 SGB V. Der G-BA hat auf dieser gesetzlichen Grundlage die Zentrums-Regelungen beschlossen.</p> <p><b>2. Eckpunkte der Entscheidung</b></p> <p>Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die bestehenden Regelungen erweitert werden. Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V hat am 21. Januar 2022 zum Projekt <i>Enhanced Recovery after Intensive Care</i> (ERIC) (O1NVF16011) beschlossen, dass die im Projekt erzielten Erkenntnisse an den Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA weitergeleitet werden und dieser die Erkenntnisse aus dem Projekt zeitnah im Rahmen seiner Zuständigkeit prüfen sollte [7]. Dabei beschränkt sich die Umsetzungsempfehlung aus dem Ergebnisbericht zum Projekt ERIC auf die Vergütung der sogenannten „Audio-visuellen Televisite als „Round-and-Response““ (im Folgenden: telemedizinische Visite). Für das Projekt wurden folgende Befunde beispielhaft festgelegt, die einer intensivmedizinischen Betreuung bedürfen und damit für eine telemedizinische Visite in Betracht kommen: Sepsis bzw. septischer Schock, respiratorische Störung, akutes Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS), Herz-, Leber- oder Niereninsuffizienz, Infektionen oder Gerinnungsstörungen [11]. Damit liegen insbesondere</p>	<p><b>1. Rechtsgrundlage</b></p> <p>Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (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, vgl. § 136c Absatz 5 SGB V. Der G-BA hat auf dieser gesetzlichen Grundlage die Zentrums-Regelungen beschlossen.</p> <p><b>2. Eckpunkte der Entscheidung</b></p> <p>Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die bestehenden Zentrums-Regelungen erweitert werden. Aufgrund von Erkenntnissen aus effektiven Innovationsfondsprojekten ist abzuleiten, dass die Notwendigkeit ein intensivmedizinisches Zentrum in die bestehenden Zentrums-Regelungen zu implementieren besteht.</p> <p>Die Intensivmedizin ist ein Fachgebiet, welches sich „mit der Diagnostik und Therapie von (potentiell) lebensbedrohlichen Zuständen [oder] Krankheiten“ befasst.<sup>1</sup> Auch die (postoperative) Überwachung und Therapie stellt ein Merkmal der Intensivmedizin dar. Meist ist bei intensivmedizinischen Indikationen mehr als ein Organ betroffen. Bei dem Zentrum für Intensivmedizin steht die interprofessionelle Aufgabenerfüllung im Vordergrund. Das bedingt, dass nur ein singuläres Zentrum für Intensivmedizin die besonderen Aufgaben wahrnehmen kann. Bislang festgeschriebene Zentren leisten zwar auch einen erheblichen Beitrag bei der intensivmedizinischen Expertise ihres Fachgebiets, decken aber in der Regel nur einen begrenzten Fachbereich ab. Durch den stark ausgeprägten interdisziplinären Charakter verbinden die Zentren für Intensivmedizin die einzelnen Fachbereiche.</p>

<sup>1</sup> Pschyrembel [Klinisches Wörterbuch]

für diese Indikationen Hinweise für einen Verbesserung der Behandlungsqualität in der Akutphase der intensivmedizinischen Versorgung durch den Einsatz der telemedizinischen Visite als komplexe Intervention vor [11]. Da aus Sicht des G-BA die notwendige intensivmedizinische Kompetenz den bereits normierten Qualitätsanforderungen der Anlagen 3, 5, 6 und 7 entspricht, bedarf es hier nur weniger zusätzlicher Qualitätsanforderungen.

Die Änderung der Zentrums-Regelungen wird zudem zum Anlass genommen, einen rechtsaufsichtlichen Hinweis umzusetzen.

## **2.1 Zu Nummer 1 (Anlage 3 - Traumazentren):**

Die Wahrnehmung der besonderen Aufgabe der telemedizinischen Visite (siehe 2.1.2) setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus. Diese werden im Folgenden konkretisiert. Für die Erbringung von besonderen Aufgaben als telemedizinische Zentrumsleistungen gilt zudem § 3 Absatz 9.

### **2.1.1 Zu Buchstabe a) (Qualitätsanforderungen telemedizinische Visiten)**

#### **2.1.1.1 Zu Nummer 1 (Nachweis intensivmedizinische Kompetenz: SAPS II und TISS)**

Eine entsprechende Vorerfahrung bei der Versorgung von intensivmedizinisch versorgten Patientinnen und Patienten ist ein maßgebliches Kriterium, da die Zentren in diesem Bereich andere Krankenhäuser beraten.

Ursprünglich für die Einschätzung und Vergleichbarkeit des Krankheitsstatus zu Studienzwecken entwickelt, wird der Simplified Acute Physiology Score (SAPS II Score) und der Therapeutic Intervention Scoring System TISS-28 auf den Intensivstationen aktuell täglich erfasst, da er Teil der „Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte ist [5] und auch mittelbar zur Vergütung intensivstationärer Leistung über die Ab-

Die Intensivmedizin ist parameterfokussiert und daher für telemedizinische Verfahren besonders gut geeignet, weshalb dieser Aspekt ebenfalls in die Anforderungen aufgenommen wird, insofern diese besondere Aufgabe wahrgenommen wird. Telemedizin integriert stets eine Zweitmeinung, kann unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten reduzieren und ermöglicht eine ortsnahe Versorgung auf höchstem Niveau.

## **§ 1 Qualitätsanforderungen**

Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsvoraussetzungen voraus.

### **1. Strukturelle Anforderungen**

#### **Buchstabe a - Spezielle Vorhaltung**

Das Zentrum für Intensivmedizin hält mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit der invasiven Beatmung vor. Die Zahl von 30 Intensivbetten ist notwendig um eine entsprechende Erfahrung bei der intensivmedizinischen Versorgung zu gewährleisten. Zudem verfügen entsprechend große intensivmedizinische Einheiten über erforderliches Personal, um neben der Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten besonderen Aufgaben, insbesondere die tägliche Beratung anderen Krankenhäuser, übernehmen zu können. Das Zentrum für Intensivmedizin kann aus mehreren Intensivtherapiestationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten bestehen. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich dabei an den Anforderungen der „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.<sup>2</sup>

#### **Buchstabe b - Leitung des Zentrums durch einen FA mit Zusatzweiterbildung**

Fachärztinnen und Fachärzte, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ berechtigt sind, verfügen aufgrund der im Rahmen der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse über eine besonders fundierte intensivmedizinische Qualifikation und eine inhaltliche Fokussierung auf die Behandlung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten. Die entsprechende Qualifikation in der Leitungsfunktion hat nachweislich einen positiven Effekt in Form einer Reduzierung

2 Vgl. Jorch G., Kluge S., König F. et al., Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen, 2010.

rechnung OPS-Kodes 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) und 8-981 (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung). Auf diese Weise lässt sich das Leistungsspektrum einer Intensivstation umfassender abbilden als beispielsweise durch die Zählung von Beatmungstunden wie in § 1 Absatz 2 Buchstabe a) im Anhang zu den Anlagen 5 und 7 (Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk - IDV-Zentren). Insbesondere trifft dies für Intensivstationen zu, die viele schwer kranke, nicht beatmete Patienten versorgen müssen.

Da nur die Krankenhäuser mit einer besonderen Expertise bei der Versorgung von überdurchschnittlich schwer erkrankte Patientinnen und Patientinnen die Qualifikation zur Beratung anderer aufweisen, werden mit Bezug auf eine entsprechende Auswertung [3] für die Verweildauer auf der Intensivstation 10 Tage sowie ein täglicher SAPS II/TISS-Score von 75 Punkten angesetzt (entspricht 750 Aufwandspunkten pro Fall). Zudem wird von einer Ausstattung mit 30 Intensivbetten (siehe 2.1.1.2), von einer durchschnittlichen Auslastung dieser von 90% ausgegangen, um die seit 2019 gestiegene Zahl an Intensivbetten sowie die stärkere Auslastung aufgrund der COVID-19-Pandemie zu berücksichtigen. Daraus ergibt sich der gewählte Score von gerundet 750.000 Aufwandspunkten pro Jahr.

#### **2.1.1.2 Zu Nummer 2 (Nachweis der intensivmedizinischen Kompetenz: High-Care-Intensivbetten)**

Dieser Anforderung wurde entsprechend der „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 [8] festgelegt. Die Zahl von 30 Intensivbetten ist notwendig, um eine entsprechende Erfahrung bei der intensivmedizinischen Versorgung zu gewährleisten. Zudem verfügen entsprechend große intensivmedizinische Einheiten über erforderliches Personal, um neben der Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten noch besondere Aufgaben, insbesondere die tägliche Beratung anderer Krankenhäuser, übernehmen zu können.

der Sterblichkeit, Verkürzung der intensivmedizinischen Liegezeit sowie einer Verringerung von Komplikationen.<sup>2</sup>

#### **Buchstabe c - 24/7-Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie**

Aufgrund der Besonderheit intensivmedizinisch behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten ist eine „rund um die Uhr“ Verfügbarkeit von intensivmedizinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten in dem Zentrum für Intensivmedizin unabdingbar. Darüber hinaus muss das Zentrum für Intensivmedizin die qualifizierte Beratungsleistung für andere Krankenhäuser jederzeit durch eine erfahrene Intensivmedizinerin oder einen erfahrenen Intensivmediziner (mindestens Facharztstandard) erfüllen können.

#### **Buchstabe d - 24/7-Verfügbarkeit intensivpflegerischer Kompetenz**

In der intensivmedizinischen Patientenversorgung bestehen für die Pflege deutlich über die pflegerischen Maßnahmen im engeren Sinne hinausgehende Anforderungen. Die entsprechende Qualifikation ist im Zentrum für Intensivmedizin in Form der abgeschlossenen Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege oder vergleichbarer Abschlüsse 24/7 vorzuhalten. Dies entspricht den Anforderungen im Hinblick auf die Besonderheiten der intensivpflegerischen Patientenversorgung als auch auf die im Zentrum für Intensivmedizin rund um die Uhr abrufbaren intensivpflegerischen Beratungsleistungen.

#### **Buchstabe e - 24 stündige Aufnahmebereitschaft für akut intensivmedizinische Fälle**

Die unmittelbare und zielgerichtete Aufnahme von kritisch erkrankten Patientinnen und Patienten auf eine entsprechend ausgestattete Intensivstation ist vor dem Hintergrund der Vulnerabilität dieser Patientengruppe von besonderer Bedeutung für den weiteren Erkrankungsverlauf. Die Aufnahme von akut intensivmedizinisch zu versorgenden Patienten ist im Zentrum für Intensivmedizin rund um die Uhr gewährleistet. Aufgrund des im Zentrum 24/7 verfügbaren qualifizierten Personals im ärztlichen wie auch im pflegerischen Dienst ist die 24 stündige Aufnahmebereitschaft gewährleistet. Dies gilt auch für die Übernahme von Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser.

### **2.1.1.3 Zu Nummer 3 (externe Qualitätssicherung der Intensivstation)**

Die intensivmedizinischen Versorgungsbereiche eines Krankenhauses stellen „Hochrisikobereiche“ der Patientenversorgung dar, so dass es sowohl eines proaktiven Qualitäts- und Fehlermanagements als auch einer strukturierten Qualitätssicherung zur Gewährleistung der bestmöglichen Versorgungsqualität sowie Patientensicherheit bedarf. Krankenhäuser, die andere Kliniken zur intensivmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten beraten, müssen folglich in diesem Bereich eine besondere Expertise aufweisen. Daher wurde im Rahmen des Projekts ERIC diese Mindestanforderung festgelegt [11] und wird auch hier gefordert. Sowohl eine Qualitätssicherung durch externe Kontrolle und Rechenschaft (wie z.B. das modulare Zertifikat Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) [2]) als auch die Teilnahme an freiwilligen Qualitätssicherungssystemen (wie z.B. die Methode des Ärztlichen Peer-Reviews in der Intensivmedizin der Landesärztekammern) haben sich in der klinischen Versorgungspraxis bewährt [4] und können als Nachweis zur Erfüllung dieser Qualitätsanforderung herangezogen werden.

### **2.1.1.4 Zu Nummer 4 (Abholdienst ECMO)**

Bei Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer lebensbedrohlichen Hypoxämie nicht mehr transportfähig sind, ist in ausgewählten Fällen der Einsatz von Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) oder Extracorporeal Life Support (ECLS) vor Ort mit Abholung der Patientin bzw. des Patienten erforderlich. ECMO ist ein komplexes Therapieverfahren bei kritisch kranken Patientinnen und Patienten mit einem erheblichen Risiko für schwere Komplikationen. Zu nennen sind hierbei vor allem eine erhöhte Gefahr für Gefäßverletzungen, Blutungen, insbesondere Hirnblutungen, Venenthrombosen und Lungenembolien, Hämolyse und Thrombopenie sowie technische Probleme bis zum kompletten Ausfall des Systems. Zur Vermeidung bzw. Behandlung möglicher Komplikationen einer ECMO-Therapie bedarf es daher einer komplexen, multidisziplinären Versorgungsstruktur [1,6]. Neben der technischen Etablierung des Verfahrens ist die ausgewiesene Expertise der

### **Buchstabe f - Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin**

Die Vorhaltung eines hohen Anteils an Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin im Zentrum gewährleistet eine über die tägliche Präsenz entsprechend qualifizierter Ärztinnen und Ärzte auf der Intensivstation hinausgehende bedarfsorientierte Verfügbarkeit in Form von Ruf-/ Hintergrunddiensten sowohl für die Patientenversorgung als auch für Beratungsleistungen. Die ärztliche Leitung des Zentrums ist hierbei nicht inkludiert. Für Zentren mit speziellen Versorgungsschwerpunkten kann eine höhere Anzahl an Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin erforderlich sein.

### **Buchstabe g - Verfügbarkeit infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz**

Das Zentrum verfügt jederzeit über den Zugang zu infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz. Diese wird einzelfallbezogen konsiliarisch sowie in Form von regelmäßig stattfindenden infektiologischen/mikrobiologischen Visiten im Zentrum in die Patientenbehandlung integriert. Sie steht darüber hinaus als wichtiger Bestandteil des Zentrums für Intensivmedizin anderen Krankenhäusern beratend zur Verfügung.

### **Buchstabe h - Verfügbarkeit klinisch-pharmazeutischer Kompetenz**

Eine klinische Pharmakologin oder Pharmakologe/Apothekerin oder Apotheker/Pharmazeutin oder Pharmazeut steht dem Zentrum für Intensivmedizin jederzeit konsiliarisch zur Verfügung. Darüber hinaus nimmt sie oder er im Zentrum regelmäßig (mindestens 1x wöchentlich) an Visiten teil. Die klinisch-pharmazeutische Kompetenz wird auch für andere Krankenhäuser im Rahmen der Beratungsleistung durch das Zentrum für Intensivmedizin nutzbar gemacht.

### **Buchstabe i - Einsatzbereiche am Standort**

Die Komplexität und die Vielzahl an intensivmedizinischen Diagnosen erfordern eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen an der Intensivmedizin Beteiligten Fachbereichen. Zentren, welche eine beratende Funktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen, weisen mit der Erfüllung dieser Anforderung eine herausragende Expertise nach.

**Buchstabe j - Vorhaltung eines Abholdienstes** Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) wird vor allem in der Intensivmedizin bei akutem

Behandlung der Grunderkrankung (z.B. ARDS) notwendige Voraussetzung für den Therapieerfolg. Bei Krankenhäusern, die über einen entsprechenden Dienst verfügen, kann sowohl die notwendige Erfahrung beim Einsatz als auch die Expertise anderer Krankenhäuser bei diesem beraten zu können, vorausgesetzt werden. Bereits beim Stellungnahmeverfahren zum „Beschlussentwurf über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: IDV-Zentren – Anhang zu den Anlagen 5 und 7“ wurden von der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) bestätigt, dass die Vorhaltung und Expertise bzgl. einer ECMO-Therapie für auch telemedizinische Beratungen sinnvoll sei. Dies hat sich auch bei der Anwendung des ERIC-Konzepts während der Sars-CoV-2-Pandemie bestätigt (SAVE-Berlin@Covid-19) [11].

#### **2.1.1.5 Zu Nummer 5 (Verfügbarkeit FA Intensivmedizin)**

Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Mitglieder des Netzwerks verfügbar sein. Dies bedeutet konkret, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein muss. Um eine effektive Netzwerkbildung und -kooperation zu ermöglichen und bereits etablierte Netzwerkstrukturen nutzen zu können, wurde diese Anforderungen aus der S1-Leitlinie der DGAI „Telemedizin in der Intensivmedizin“ [10] übernommen. Eine Anforderung an die personelle Verfügbarkeit wurde auch im Rahmen des ERIC Projekts festgelegt [11].

#### **2.1.1.6 Zu Nummer 6 (telemedizinische Einheit)**

Die Bündelung der sowohl technischen als auch fachlichen Kompetenzen in einer Einheit, ergibt sich grundsätzlich bereits aus den technischen sowie personellen Anforderungen der Richtlinien. Weiterhin gibt diese Anforderung die im Projekt ERIC verwendete Struktur wieder. Zur Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit soll auch bei größeren Krankenhäusern mit ggf. mehreren ausgewiesenen Zentren nur eine einzelne Einheit bestehen, die intensivmedizinische

Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) eingesetzt und Bedarf eines erfahrenen Teams. Das Intensivmedizinische Zentrum kann somit auch Krankenhäuser des Netzwerks beraten.

#### **Buchstabe k - Vorhaltung einer Weaning-Einheit**

Die invasive Beatmung stellt einen wichtigen Teil des Behandlungsspektrums eines Zentrums für Intensivmedizin dar. Verbesserte Verfahren bei Behandlungsmöglichkeiten bspw. bei Organversagen oder zunehmende Morbidität bedingt die Anzahl der schwer zu entwöhnenden Patientinnen und Patienten. Um hier eine angemessene Expertise nachzuweisen, muss das Zentrum für Intensivmedizin eine Weaning-Einheit vorhalten. Die Leitung übernimmt eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

#### **Buchstabe l - Verfügbarkeit interventioneller (neuro-)radiologischer Verfahren**

Der Einsatz interventioneller Verfahren kann bei Vorliegen bestimmter Krankheitsbilder und Konstellationen das Mittel der Wahl sein. Wichtig im Bereich der Intensivmedizin ist hierbei oft die Durchführung innerhalb eines kurzen Zeitfensters. Am Standort des Zentrums für Intensivmedizin sind die technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen zur Durchführung interventioneller (neuro-)radiologischer Verfahren verfügbar. Bei Vorliegen entsprechender Indikationen können diese der jeweils vorliegenden Situation entsprechend kurzfristig erbracht werden.

#### **Buchstabe m - Vorhaltung einer Krankenhausapotheke**

Die Vorhaltung einer Krankenhausapotheke am Standort des Zentrums für Intensivmedizin gewährleistet neben der kurzfristigen Verfügbarkeit klinisch pharmazeutischer Kompetenz die kurzfristige und flexible Zurverfügungstellung auch von speziellen Medikamenten. Darüber hinaus können bei fehlender Verfügbarkeit von geordneten Medikamenten alternative medikamentöse Therapieoptionen erörtert und unkompliziert in die Wege geleitet werden.

sche Zentrumsleistungen telemedizinisch erbringt. Dies schließt nicht aus, dass beispielsweise eine Einheit für das Telemonitoring von ambulanten Patientinnen und Patienten besteht.

### **2.1.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgabe telemedizinische Visite)**

Bei der Durchführung der telemedizinischen Visite ist sicherzustellen, dass die im Rahmen des ERIC-Projekts festgelegten und erprobten Mindestanforderungen und Prozesse eingehalten werden. Dazu gehört insbesondere, dass

- ein Visitenroboter oder ein vergleichbares mobiles telemedizinisches audiovisuelles Unterstützungssystem eingesetzt wird, das die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absatz 9 Nummer 1 der Zentrums-Regelungen erfüllt;
- an der multiprofessionellen, telemedizinischen Visite neben einer Fachärztin bzw. einem Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und einer Pflegefachperson bei Bedarf auch weitere Fachärztinnen oder Fachärzte (z.B. aus den Bereichen Infektiologie, Chirurgie oder Neurologie) teilnehmen und
- die in den Anlagen 8 und 9 des Ergebnisberichts zum Projekt ERIC festgelegten Verfahrensanweisungen berücksichtigt werden [11].

Bei einer Sepsis bzw. einem septischen Schock handelt es sich um eine lebensbedrohliche Reaktion des Körpers auf eine Infektion, die alle Organsysteme betrifft. Sie ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland und eine der häufigsten Todesursachen auf Intensivstationen. Das akute Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) ist die schwerste Form des Lungenversagens, welche allgemein mit einer hohen Mortalität assoziiert ist. Als (Mono-)Organversagen bezeichnet man den akuten oder allmählichen Ausfall der Funktion eines Organs, unter Multiorganversagen (MOV) wird ein auftretendes Funktionsversagen verschiedener lebenswichtiger Organsysteme innerhalb einer kurzen Zeitspanne verstanden. Ein Multiorganversagen hat eine heterogene Ätiologie und weist eine sehr hohe Letalität auf. Die Behand-

### **Buchstabe n - Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention**

Sowohl für intensivmedizinische Patientinnen und Patienten wie ihre Angehörigen stellt die Behandlungssituation im intensivmedizinischen Setting per se in Verbindung mit der in der Regel bestehende Schwere der Erkrankung eine besondere psychische Belastung dar. Insbesondere Entscheidungen, die zur Einstellung intensivmedizinischer Maßnahmen führen aber auch die Perspektive des Verbleibens dauerhafter Einschränkungen stellen Krisensituationen dar, die einer psychologischen Expertise bedürfen. Darüber hinaus erfordert auch die in vielerlei Hinsicht besondere Belastung der Arbeit auf der Intensivstation das Angebot einer psychologischen Begleitung für das intensivmedizinische Personal.

### **2. Forschungstätigkeit**

Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin tragen die Zentren für Intensivmedizin 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.

### **3. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung**

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Zentrum für Intensivmedizin 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

lung dieser komplexen und äußerst lebensbedrohlichen Erkrankungen erfordert eine intensivmedizinische Versorgung und profitiert insbesondere von einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Diese notwendige intensivmedizinische Kompetenz ist für Trauma-, Herz- und Lungenzentren sowie Neurovaskulären Zentren bereits auf einem hohen Niveau vorausgesetzt und diese Zentrumsarten sind damit bereits für die Erbringung einer telemedizinischen Visite für intensivmedizinisch versorgten Patientinnen und Patienten besonders qualifiziert. Entscheidend ist hier der interdisziplinäre Charakter der Zentren und die Verfügbarkeit von Fachexpertinnen und Fachexperten, die konsiliarisch jederzeit hinzugezogen werden können.

Traumazentren sind auf die umfassende Behandlung aller Mehrfach- und Schwerverletzten, insbesondere solcher mit außergewöhnlich komplexen oder seltenen Verletzungsmustern spezialisiert, so dass die Diagnosen Polytrauma und schweres Schädelhirntrauma hier regelhaft versorgt werden. Eine entsprechende Expertise wird durch die jederzeitige Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie und Neurochirurgie garantiert, die zudem notwendig ist um andere Krankenhäuser mit diesen Fällen zu beraten.

## **2.2 Zu Nummer 2 (Anlage 5 - Herzzentren):**

Die Wahrnehmung der besonderen Aufgabe der telemedizinischen Visite (siehe 2.2.2) setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus. Diese werden im Folgenden konkretisiert. Für die Erbringung von besonderen Aufgaben als telemedizinische Zentrumsleistungen gilt zudem § 3 Absatz 9.

Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums für Intensivmedizin und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum für Intensivmedizin 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.

### **4. Mindestfallzahlen**

Zentren für Intensivmedizin müssen, da sie eine Beratungsfunktion für andere Intensivstationen übernehmen, über besondere intensivmedizinische Expertise verfügen, welche durch eine hohe Fallzahl bei der aufwendigen, intensivmedizinischen Komplexbehandlung belegt wird.

### **5. Telemedizinieinheit**

Bei einem Zentrum für Intensivmedizin mit zusätzlicher telemedizinischer Expertise werden nachgelagerte Krankenhäuser im Netzwerk des Zentrums mittels Audio-Video-Übertragungen unterstützt. Auf Basis der Literatur lässt sich ein positiver Effekt von Telemedizin belegen, welcher sich beispielsweise in einer kürzeren Verweildauer und einer geringeren Komplikationsrate zeigt.<sup>3 4</sup> Zusätzlich gibt es in der Literatur Nachweise, welche die Unterstützung bei manchen Indikationen, wie beispielsweise Sepsis<sup>5 6</sup> oder akutes Lungenversagen<sup>7</sup> nachweisen. Die multiprofessionelle Beratungsleistung ersetzt keinesfalls den qualifizierten Mediziner oder Medizinerin vor Ort. Die Telemedizin hilft, das Expertenwissen schnell in den nachgelagerten Kliniken verfügbar zu machen, somit entsteht ein durchlässiger Informationsaustausch. Beispielsweise hat die Versorgung von Patientinnen und

<sup>3</sup> Vgl. Lilly M, Cody S., Zhao H. et al., Hospital mortality, length of stay, preventable complications among critically ill patients before and after Tele-ICU reengineering of critical care Processes, 2011.

<sup>4</sup> Vgl. Lilly C., McLaughlin J., Zhao H. et al., A multicenter study of ICU Telemedicine reengineering of adult critical care, 2014.

<sup>5</sup> Vgl. Deisz R., Rademacher S., Gilger K. et al., Additional telemedicine rounds as a successful performance-improvement strategy for sepsis management: observational multicenter study, 2019.

<sup>6</sup> Vgl. Deisz R., Rademacher S., Gilger K. et al., Additional telemedicine rounds as a successful performance-improvement strategy for sepsis management: observational multicenter study, 2019.

<sup>7</sup> Vgl. Kalb T., Raikhelkar J., Meyer S. et al., A multicenter population-based effectiveness study of teleintensive care unit-directed ventilator rounds demonstrating improved adherence to a protective lung strategy, decreased ventilator duration, and decreased intensive care unit mortality, 2014.

<p><b>2.2.1 Zu Buchstabe a) (Qualitätsanforderungen telemedizinische Leistungen)</b></p> <p>Bezüglich der Regelungen in Absatz 7 siehe 2.1.1. Auf die Anforderung des Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO) wurde hier verzichtet, da dieser bereits Anforderung für Herzzentren ist (vgl. § 1 Absatz 2 Nummer 3 der Anlage 5).</p> <p>Bei den Regelungen in Absatz 8 handelt es sich um die Umsetzung eines rechtsaufsichtlichen Hinweises. Mit Schreiben vom 10. Mai 2022 hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den G-BA um Prüfung gebeten, ob die Voraussetzungen für die Übernahme der besonderen Aufgabe § 2 Nummer 5 der Anlage 5 bzw. § 2 Nummer 6 der Anlage 7 „Erbringung zentrumspezifischer telemedizinischen Leistungen“ aus rechtssystematischen Gründen besser jeweils in § 1 der Anlagen 5 und 7 unter Qualitätsanforderungen geregelt werden sollten.</p> <p><b>2.2.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgaben telemedizinische Leistungen)</b></p> <p>Bezüglich der Änderungen aa) und bb) siehe 2.1.2.</p> <p>Herzzentren sind auf die umfassende Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen und deren Komplikationen spezialisiert. Neben der Kardiologie ist insbesondere die Herzchirurgie gefordert und es werden verschiedene Qualitätsanforderungen formuliert, die Herzerunterstützungssysteme und VA-ECMO Abholdienst beinhalten, die immer eine Transportplanung und vertiefte Kenntnisse über den zu behandelnden Patienten erfordern. Patientinnen und Patienten werden i.d.R. auf einer Intensivstation, d.h. unmittelbar von Intensivmedizinerinnen und Intensivmedizinern behandelt. Die Erkrankungen sind regelhaft mit Organkomplikationen vergesellschaftet (z.B. Multiorgan-Dysfunktionssyndrom) und grundsätzlich systemisch zu verstehen. Zum Beispiel führt ein Herzversagen häufig über die</p>	<p>Patienten mit einer Sars-Cov-2-Infektion durch die „Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk“ (IDV-Zentren) gezeigt, dass das verfügbare Expertenwissen schnell an nachgelagerte Einheiten weitergegeben werden konnte. Auch die Teilnahmebereitschaft an solchen telemedizinischen Modellen ist groß.<sup>8</sup> Zudem konnten die Patientinnen und Patienten bestmöglich und wohnortnah behandelt werden. Außerdem findet durch die telemedizinische Verbindung von Zentren mit weiteren Krankenhäusern eine ausgeprägte, kollegiale Vernetzung statt. Um die besondere Aufgabe 8 wahrnehmen zu können, muss eine tägliche Visite angeboten werden. Damit wird sichergestellt, dass das Fachwissen der Zentren für Intensivmedizin seinen Mitgliedern jederzeit zur Verfügung steht.</p> <p><b>Buchstabe a - Tele-Visite</b></p> <p>Es muss eine tägliche Televisite für andere Intensivstationen innerhalb des Netzwerkes angeboten werden. Diese werden von einem qualifizierten Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin durchgeführt. Nachgelagerte Krankenhäuser haben somit die Möglichkeit sich in einem regelmäßigen Abstand auszutauschen.<sup>9</sup></p> <p><b>§ 2 Besondere Aufgaben Nummer 1</b></p> <p>Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen innerhalb des Netzwerkes bei der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.</p>
--	--

<sup>8</sup> Vgl. Dohmen S., Benstoem C., Lemmen S.W., et al., Messbarer Patientennutzen durch ein intensivmedizinisches digitales Versorgungsnetzwerk für COVID-19-Patienten in der Vorstufe des Virtuellen Krankenhauses Nordrhein-Westfalen, Anästh Intensivmed, 2021.

<sup>9</sup> Vgl. Marx G., Markewitz A., Aalst G., Telemedizin in der Intensivmedizin, S1 Leitlinie der DGAI, 2020.

Minderperfusion von kritischen Organen wie Leber oder Niere zu einem Versagen dieser Organe. Telemedizinische Leistungen dienen dazu, Hochrisikopatientinnen und Patienten zu identifizieren und die Behandlung so zu gestalten, dass Organschäden möglichst vermieden werden. Dies kann sowohl die Beratung vor Ort, als auch den Transport in ein geeignetes Zentrum beinhalten.

Bei der Änderung cc) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung des BMG-Hinweises (siehe 2.2.1).

### **2.3 Zu Nummer 3 (Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren):**

Die Wahrnehmung der besonderen Aufgabe der telemedizinischen Visite (siehe 2.3.2) setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus. Diese werden im Folgenden konkretisiert. Für die Erbringung von besonderen Aufgaben als telemedizinische Zentrumsleistungen gilt zudem § 3 Absatz 9.

#### **2.3.1 Zu Buchstabe a) (Qualitätsanforderungen telemedizinische Visiten)**

Bezüglich der Regelungen siehe 2.1.1.

#### **2.3.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgabe telemedizinische Visite)**

Neurovaskuläre Erkrankungen sind komplex und die Behandlung umfasst neben der Intensivmedizin Expertise der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Radiologie und Kardiologie an einem Standort. Die telemedizinische Mitbehandlung durch Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner setzt die konsiliarische Verfügbarkeit aller Abteilungen voraus. Patientinnen und Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen haben ein sehr hohes Risiko für Langzeitfolgen und die Behandlung ist sehr zeitkritisch, da sonst irreversible Schäden drohen, die die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten einschränken. Die Verfügbarkeit einer telemedizinischen Mitbehandlung ist hier von besonderer Relevanz, um die konservative Therapie in der Frühphase der Behandlung zu ver-

#### **Nummer 2**

Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Krankenhäuser kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können. Dem Zentrum ist es weiterhin möglich, zusätzlich auch fremdfinanzierte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen anzubieten. Eine Doppelvergütung für eine Veranstaltung ist auszuschließen.

#### **Nummer 3**

Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.

#### **Nummer 4**

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums für Intensivmedizin und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum für Intensivmedizin durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen

bessern und eine mögliche Intervention/Operation zeitgerecht planen und durchführen zu können.

#### **2.4 Bezüglich der Änderungen siehe 2.1.2. Zu Nummer 4 (Anlage 7 - Lungenzentren):**

Die Wahrnehmung der besonderen Aufgabe der telemedizinischen Visite (siehe 2.3.2) setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus. Diese werden im Folgenden konkretisiert. Für die Erbringung von besonderen Aufgaben als telemedizinische Zentrumsleistungen gilt zudem § 3 Absatz 9.

##### **2.4.1 Zu Buchstabe a) (Präzisierung Anforderungen Entwöhnung)**

Mit der Streichung des OPS 8-718.9 „Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit“, können diese Fälle nicht länger zur Erfüllung der Mindestfallzahl herangezogen werden. Entsprechend sind nur noch 50 statt bisher 100 jährliche Entwöhnungen notwendig. Da fortan nur noch die prolongierte Beatmungsentwöhnung auf einer spezialisierten intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit anrechenbar ist, dient diese Änderung einzig der Vereinfachung des Nachweises und stellt keine Verringerung der Qualitätsanforderungen dar.

##### **2.4.2 Zu Buchstabe b) (Qualitätsanforderungen telemedizinische Leistungen)**

Bezüglich der Regelungen in Absatz 6 siehe 2.1.1. Bei den Regelungen in Absatz 7 handelt es sich um die Umsetzung des rechtsaufsichtlichen Hinweises, siehe 2.2.1.

##### **2.4.3 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgaben telemedizinische Leistungen)**

Die Leistungen umfassen neben der telemedizinischen Leistung für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Haupt- oder Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1) alle anderen Erkrankungen des respiratorischen Systems, die

Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patientinnen und Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

##### **Nummer 5**

Das spezialisierte Fachwissen der Zentren für Intensivmedizin muss jederzeit für die Mitglieder des Netzwerks verfügbar sein. Daher steht das Zentrum mit seiner besonderen fachlichen und diagnostischen Expertise als Ansprechpartner für weitere stationäre Leistungserbringer und nachbehandelnde Einrichtungen zur Verfügung. Die Einbeziehung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist möglich. Verschiedene diagnostische Leistungen (z. B. Bildgebung, Interpretation von spezialisierten Labor- und sonstigen Untersuchungen) können hierbei telemedizinisch erbracht werden. Sofern der Inhalt, der Aufwand und die Konstellation dieser Leistungserbringung über eine rein konsiliarische Leistung hinausgeht und nicht als solche vergütet wird, sind die Kriterien einer besonderen Aufgabe erfüllt.

##### **Nummer 6**

Aufgrund der herausgehobenen Bedeutung der intensivpflegerischen Leistungen und der deutlich über die pflegerischen Maßnahmen im engeren Sinne hinausgehenden Tätigkeiten des intensivmedizinisch qualifizierten Pflegepersonals im Zentrum für Intensivmedizin werden intensivpflegerische Beratungsleistungen für andere Krankenhäuser erbracht.

##### **Nummer 7**

Das Zentrum für Intensivmedizin verfügt über eine herausgehobene Expertise für die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung intensivmedizinischer Patienten. Dies schließt die besondere Kompetenz in der Anwendung medizinisch-technischer Geräte und

mit respiratorischer Insuffizienz und respiratorischem Versagen einhergehen. Diese Erkrankungen beinhalten ein hohes Risiko für die Patientinnen und Patienten, da sie häufig Folge einer Infektion sind und mit einer Sepsis einhergehen können, die ein MODs auslösen kann. Besonders zu erwähnen ist das Risiko einer Langzeitbeatmung mit massiver Einschränkung der Lebensqualität für Patientinnen und Patienten, die invasiv beatmet werden müssen.

Bezüglich der Änderungen aa) und bb) siehe 2.1.2.

Bei der Änderung cc) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung des BMG-Hinweises (siehe 2.2.1).

## 2.4 Quellen

1. **Adamzik, Michael/Bauer, Andreas/Bein, Thomas/Benk, Christoph/Bock, Enrico/Boeken, Udo, et al.** S3-Leitlinie "Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz" [online]. 20.11.2017. AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.,. [Zugriff: 06.09.2022]. (Registernummer 001/021). URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/001-021l\\_S3\\_Invasive\\_Beatmung\\_2017-12.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-021l_S3_Invasive_Beatmung_2017-12.pdf).
2. **Bingold, Thomas M./Bickenbach, Johannes/Coburn, Mark/David, Matthias/Dembinski, Rolf/Kuhnle, Gerhard, et al.** Modulares Zertifikat Intensivmedizin der DGAI. Anästh Intensivmed 2014;55:316-329.
3. **Bingold, Thomas M./Lefering, Rolf/Zacharowski, Kai/Waydhas, Christian/Scheller, Bertram.** Elf-Jahre-Kerndatensatz in der Intensivmedizin. Der Anaesthesist 2014;63(12):942-950.
4. **Brenner, Thorsten/Bingold, Thomas M./Braun, Jörg P./Bause, Hanswerner/Dubb, Rolf/Henninger, Anette, et al.** Konzepte zur Qualitätssicherung in der Intensivmedizin—Ärztliches Peer-Review, Zertifizierungsverfahren & Benchmarking-Instrumente. Anästh Intensivmed 2019;60:209-222.
5. **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM.** Berechnung der Auf-

Produkte sowie den Umgang mit spezialisierten und neuen Verfahren ebenso mit ein, wie beispielsweise auch die Etablierung belastbarer Organisationsstrukturen auf Intensivstationen. Diesbezüglicher Wissenstransfer ist nur begrenzt über (Tele-) Beratungsleistungen möglich. Das Zentrum für Intensivmedizin bietet deshalb für ausgewählte Fragestellungen vor Ort-Angebote in Form von Hospitationen oder Praktika für das Personal anderer Krankenhäuser an.

### **Nummer 8**

Die intensivmedizinische telemedizinische Visite kann von den Zentren als Besondere Aufgabe wahrgenommen werden. Hierunter fällt eine regelmäßige, telemedizinische Begutachtung oder Beratung von weiteren stationären Leistungserbringern im Netzwerk. Die tätigen Fachärztinnen und Fachärzte verfügen über die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin.

wandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung [online]. 09.05.2019. [Zugriff: 06.09.2022]. URL:

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/Kodierfragen/ops-anleitung-intensivmedizin-8009.pdf>.

6. **Friedrichson, Benjamin/Kloka, Jan A./Neef, Vanessa/Mutlak, Haitham/Old, Oliver/Zacharowski, Kai, et al.** Extracorporeal membrane oxygenation in coronavirus disease 2019: A nationwide cohort analysis of 4279 runs from Germany. *European Journal of Anaesthesiology* | EJA 2022;39(5):445-451.

7. **Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss.** Beschluss zum abgeschlossenen Projekt ERIC (01NVF16011) [online]. 21.01.2022. [Zugriff: 06.09.2022]. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/127/2022-01-21\\_ERIC.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/127/2022-01-21_ERIC.pdf).

8. **Jorch, Gerhard/Kluge, Stefan/König, Fritjoff/Markewitz, Andreas/Notz, Klaus/Parvu, Volker, et al.** Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2010.

9. **Le Gall, Jean-Roger/Lemeshow, Stanley/Saulnier, Fabienne.** A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *Jama* 1993;270(24):2957-2963.

10. **Marx, Gernot/Markewitz, Andreas/van Aalst, Günter.** S1 Leitlinie "Telemedizin in der Intensivmedizin" [online]. AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [Zugriff: 06.09.2022]. (Registernummer 001/034). URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/001-034I\\_S1\\_Telemedizin\\_in-der-Intensivmedizin\\_2021-01\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-034I_S1_Telemedizin_in-der-Intensivmedizin_2021-01_1.pdf).

11. **Weiß, Björn/Paul, Nicolas/Spies, Claudia.** Ergebnisbericht zum Projekt "Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC)" [online]. 30.06.2022. [Zugriff: 06.09.2022]. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/128/2022-01-21\\_ERIC\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/128/2022-01-21_ERIC_Ergebnisbericht.pdf).

*[Standortregelung Kinderonkologie]*

### **1. Rechtsgrundlage**

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 (vgl. § 136c Absatz 5 SGB V). Der G-BA hat auf dieser gesetzlichen Grundlage die Zentrums-Regelungen beschlossen.

### **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Der G-BA sieht die Notwendigkeit die Regelungen zu den Onkologischen Zentren (Anlage 2) anzupassen, da die Praxis gezeigt hat, dass einige wenige singuläre Kinderkrankenhäuser aufgrund der geforderten Vorhaltung aller Anforderungen am Standort des Onkologischen Zentrum nicht erfasst wurden. Mit dem vorliegenden Beschluss werden alleinstehende Kinderkrankenhäuser mit einer Kinderonkologie, welche Besondere Aufgaben wahrnehmen, ebenfalls berücksichtigt. Dadurch wird ihre herausragende Expertise auf bestimmten Spezialgebieten der kinder-onkologischen Behandlung und ihre überörtliche Beratungstätigkeit gewürdigt. Auch diese kinder-onkologischen Einheiten haben damit die Möglichkeit Zuschläge für die von ihnen wahrgenommen Besonderen Aufgaben zu erhalten.

Die Deutsche Krebsgesellschaft schreibt für die Tumorentität „Kinderonkologie“ 30 Zentrumsfälle vor, was der G-BA in seinen Regelungen zur Berechnung des Geltungsbereichs in der Anlage 2 Tabelle 1 übernommen hat. Zudem hat der G-BA in der Anlage 2 - Onkologische Zentren festgeschrieben, dass die Richtlinie des G-BA 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) einzuhalten ist, insofern kinder-onkologische Leistungen erbracht werden

(Anlage 2, § 1 Absatz 1 Nummer 4). Aus diesen Anforderungen lässt sich eine hohe Expertise bei den kideronkologischen Einheiten ableiten. Die bestehenden Anforderungen an die Kinderonkologie werden mit diesem Beschluss nicht verändert.

## **§ 1 Qualitätsanforderungen**

### **1 Strukturelle Anforderungen**

#### **Nummer 4**

Durch die Änderungen in § 1 Abs. 5 der Anlage 2 – Onkologische Zentren entsteht eine Folgeänderung in § 1 Abs. 1 Nr. 4. Es ist wichtig, dass an Standorten, an denen die Versorgung von kideronkologischen Fällen stattfindet, die Richtlinie zur Kinderonkologie eingehalten wird. Es ist nun nicht mehr der Standort des Onkologischen Zentrums, sondern der Standort der Kinderonkologischen Einheit, welcher die Anforderung erfüllen muss. Natürlich kann sich diese Einheit auch weiterhin am Standort des Onkologischen Zentrums befinden.

#### **5 Mindestfallzahlen**

Die Änderung greift den Aspekt auf, dass der Standort der kideronkologischen Einheit und des Onkologischen Zentrums nicht identisch sein muss. In Ausnahmefällen können Kinderonkologien, welche die Anforderungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 4 erfüllen, auch weiter als 2000 m (laut Vereinbarung gem. § 2a Abs. 1 KHG) vom Standort des Onkologischen Zentrums entfernt sein. Voraussetzung ist, dass in diesen Fällen ein Kooperationsvertrag vorliegt. Dadurch können eine bestehende Zusammenarbeit und der fachliche Austausch zwischen den Standorten belegt werden. Nach wie vor kann die Kinderonkologische Einheit am Standort (gem. § 2a Abs. 1 KHG) des Onkologischen Zentrums vorgehalten werden.

Liegen zwei unterschiedliche Standorte vor, muss sichergestellt werden, dass sich die beiden Standorte in einer räumlichen Nähe zueinander befinden. Hierbei wurden normativ 15000 m festgelegt, welche den Standort des Onkologischen Zentrums maximal von der Kinderonkologischen Einheit trennen dürfen.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### **4. Verfahrensablauf**

*[wird ergänzt]*

### **5. Fazit**

Berlin, den T. Monat JJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

[Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V., Berlin](#)

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein

12. Dezember 2022

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlusentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung** ..... 1
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 2

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

<b>fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</b>	
30 Behandlungsfälle Kinderonkologie; Entfernung max. 15000m	Diese Änderung orientiert sich an den Kriterien für die OnkoZert-Zertifizierung Kinderonkologie. Wenn diese umgesetzt wird, dann sollte auch die anderen im Rahmen des OnkoZert festgelegten Kriterien nämlich Entfernung zwischen den Standorten maximal 45km gelten. Daher bittet die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie darum, den Abstand zwischen kideronkologischem Zentrum und kideronkologischer Einheit zu ändern.

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein. Eine mögliche Regelung wäre das Vorhalten einer kinder-onkologischen Ambulanz an 3 Tagen pro Woche und damit 45 km Grenze.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Die Anhörung findet voraussichtlich am **27.02.2023** statt

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), PD Dr. med. Martin Ebinger, Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), PD Dr. Thekla v. Kalle Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Prof. Dr. Dominik Schneider
21.12.2022

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung** ..... 1
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 2

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Zu Unterpunkt i) (S.32) „12 der folgenden	Zur fachgerechten Betreuung von Kindern erforderlich.

<p>Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <p>...Radiologie „</p> <p>Schlagen wir folgende Ergänzung vor:</p> <p>Radiologie, mit Schwerpunkt Kinderradiologie oder anderweitig nachgewiesener kinderradiologischer Expertise, wenn Kinder regelhaft intensivmedizinisch versorgt werden.</p>	

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</p>
<p><b>In Anlage 2 - Onkologische Zentren, § 1, nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:</b> 6 Die Tumorentität „Kinderonkologie“ muss nicht am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden sein; es ist ein Kooperationsvertrag zwischen Kinderonkologischer Einheit und dem Standort des</p>	<p>In der KiOnk-RL ist beschrieben, welche Kooperationspartner für die Kinderonkologischen Zentren in welcher Distanz zur Verfügung stehen müssen, so dass wir vorschlagen, auf eine maximale Distanzangabe zu verzichten (Streichung der Klammer []). Alleinstehende Kinderonkologische Zentren haben bereits etablierte Partnerkliniken/onkologische Partnerzentren, die oft nicht die nächstgelegene Klinik darstellen, sondern häufiger das nächstgelegene onkologische Zentrum, das selbst über eine Kinderonkologie verfügt, so dass die Wege in diesen Fällen länger als 15.000 m sind. Innerhalb solcher Kooperationen sind die Kinderonkologischen Belange deutlich effizienter und patientenfreundlicher organisierbar. Wenn an einer</p>

<p>Onkologischen Zentrums, [sowie eine räumliche Nähe von nicht mehr als <del>15000</del> 30000 m Luftlinie] vorzuweisen.</p>	<p>Distanzangabe festgehalten werden soll, dann schlagen wir vor, diese auf 30.000 m zu erhöhen.</p> <p>Die wesentlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Kinderonkologie werden in der KiOnk-RL beschrieben und bestehen in der Behandlung in Studien/Registern sowie der Nutzung der damit verbundenen Referenzdiagnostik. Diese sind nicht von Leistungen eines lokalen Tumorzentrums abhängig; auch erfolgt der fachliche Austausch über die Studienleitungen und deren Tumorboards und nicht primär lokal, wie es unten bei den tragenden Gründen beschrieben ist. Wird das Kinderonkologische Zentrum regulatorisch zu eng an das lokale Onkologische Zentrum gebunden, besteht die Gefahr, dass durch lokale Diagnostik und Beratung die spezifisch kinderonkologische Referenzdiagnostik vernachlässigt werden und es damit zu einer Qualitätseinbuße und Kostensteigerung führen könnte.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)</b>		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil.</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

[DIVI e.V. · Schumannstraße 2 · 10117 Berlin](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss  
z.H. Herrn Prof. Josef Hecken  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

22.12.2022

**Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie**

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,

vielen Dank für die Möglichkeit Stellung zu nehmen zu der Änderung der Zentrums-Regelungen: Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie. Das Präsidium der DIVI hatte sich bereits wiederholt für eine dauerhafte Aufnahme der Intensivmedizin in den G-BA Zentrenkatalog eingesetzt und ausgesprochen. Das DIVI-Präsidium begrüßt deshalb Ihre sehr wichtige Initiative zur Einbindung von eigenständigen Intensivzentren in den G-BA Zentrenkatalog ausdrücklich.

Die zukunftsfähige Gestaltung der postpandemischen Intensivmedizin in Deutschland ist insbesondere durch nachfolgende Eckpunkte begründet:

1. Unterstützung der zeitnahen Implementierung evidenzbasierter Medizin und optimierter datengestützter Erkenntnisgewinn
2. Bereitstellung von medizinischer Expertise in der ganzen Breite der Medizin durch Universitätskliniken/Maximalversorger zum Wohle und zur Sicherheit von Patient\*innen
3. Effiziente Überlaufmechanismen für Phasen überdurchschnittlicher Ressourcenauslastung
4. Intensivmedizinische Telemedizin zur ortsnahen Verfügbarkeit von notwendigem vertieftem Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtige Patient\*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk

Im Vordergrund steht dabei die jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, die strukturell den Zentren zugrunde gelegt werden. Die Intensivmedizin ist in entscheidenden Aspekten der Behandlung parameterfokussiert und daher für Telemedizin besonders geeignet. Durch intensivmedizinische Telemedizin kann notwendiges vertieftes Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger Patient\*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnahe verfügbar gemacht werden. Dieses spezielle Expertenwissen ist zur optimalen Behandlung insbesondere von komplexeren Krankheitsverläufen erforderlich. Derzeit sind entsprechende Kenntnisse und Erfahrungswerte jedoch noch stark in Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung konzentriert.

Das Potential für einen proaktiven Telemedizinansatz in der Intensivmedizin zur Versorgungsgestaltung ist über die Pandemie hinausgegeben. Gründe hierfür sind zum einen Vorhaltungen von Bund und Ländern für Katastrophenfälle (u.a. Pandemie, MANV), zum anderen ist durch den telemedizinischen Ansatz ein strukturierter Dialog zur intensivmedizinischen Qualität auf evidenzbasierten Anforderungen und Entscheidungen möglich. Dies umfasst neben den akuten intensivmedizinischen Sicherheitsbelangen der Patienten auch patientenzentrierte Langzeitoutcomes durch strukturierte Nachsorge.

Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, reduziert unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten und ermöglicht ortsnahe Versorgung auf höchstem Niveau. Gerade dieser Aspekt der Skalierung von Spitzenmedizin in der Breite ist zukunftsweisend auch in pandemieunabhängigen Zeiten in der regionalen Krankenversorgungsstruktur auch für andere Fachbereiche. Deswegen unterstützt die DIVI, dass mittels Zentren für Intensivmedizin Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend und auch telemedizinisch dauerhaft angeboten wird. Durch Zentren für Intensivmedizin wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht.

Im Unterschied zum bisherigen Zentrumsdenken, in dem die spezialisierte Behandlung von speziellen Erkrankungen oder von erkrankten Organen oder Organsystemen im Vordergrund stand, - besteht eine solche Zuordnung im Rahmen klassischer einzeldisziplinspezifischer Erkrankungs- und Organfokussierung nicht. Vielmehr ist für eine qualitativ höchstwertige Behandlung schwerstkranker Intensivpatienten eine hohe interdisziplinäre fächerübergreifende Expertise in der ganzen Breite der zugrundeliegenden Entitäten erforderlich. Beispielhaft seien hier das spezielle interdisziplinäre Behandlungsspektrum der Intensivmedizin bei schwersten lebensbedrohenden Erkrankungen der unterschiedlichsten Ursachen zu nennen. Dafür muss sowohl die Intensivtherapie als auch die gleichzeitige Behandlung der Grunderkrankung sowohl auf höchstem medizinischem Niveau als auch interdisziplinär und interprofessionell abgestimmt werden. Wir verweisen dazu explizit auf die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ die jüngst von der DIVI auf dem Boden wissenschaftlicher Evidenz ausgesprochen wurden. Darin sind starke Empfehlungen zur erforderlichen Ausstattung der Krankenhäuser, insbesondere auch zur Vorhaltung von Fachexpertise formuliert.

Deshalb ist es aus Sicht der DIVI erforderlich, dass Zentren für Intensivmedizin eigenständig und übergreifend ausgewiesen werden, um sich an den vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen zu orientieren.

Aus Sicht der DIVI ist es wichtig, dass die Einrichtung von Intensivzentren komplementär zu den Vorschlägen in der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung durchgeführt wird. Aus Sicht der DIVI sollten Intensivzentren lediglich in Krankenhäusern der Level III und Level IIIU (Universitätsmedizin) eingerichtet werden.

Die DIVI möchte noch auf eine spezielle Indikation hinweisen. Aufgrund der besonders hohen fachspezifischen Expertise sollten die telemedizinischen Schlaganfallnetzwerke neben eigenständigen Zentren für Intensivmedizin weiterhin bestehen bleiben, um die fach- und zeitkritische Versorgung dieser Patientengruppe durch die schon bestehenden Strukturen weiter zu sichern.

Der G-BA Zentrenbeschluss stellt neben erforderlichen bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen auf besondere Aufgabe nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung aufgrund außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ab und ist somit hervorragend geeignet, die aus unserer Sicht erforderliche Struktur im Rahmen der GKV-Regelversorgung rechtssicher und dauerhaft abzubilden.

Die vorgeschlagenen Qualitätsanforderungen in §1 und besondere Aufgaben in §2 sind anspruchsvoll, werden von der DIVI überwiegend als angemessen eingeschätzt. Es bestehen seitens der DIVI hier folgende Änderungs- und Ergänzungswünsche:

#### §1 1. Strukturelle Anforderungen Buchstabe a – Spezielle Vorhaltung:

Aufgrund der Tatsache, dass die DIVI die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ gerade aktualisiert hat, empfehlen wir eine Orientierung an den neuen Empfehlungen der DIVI bzgl. der personellen, infrastrukturellen, apparativen und sonstigen Ausstattung der Intensivmedizin

- Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Kurzfassung)  
<https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlungen-intensivstationen-kurzversion.pdf>
- Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Langfassung)  
<https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlungen-intensivstationen-langversion.pdf>

#### §1 Buchstabe k: Vorhaltung einer Weaning-Einheit

Aufgrund der Tatsache, dass nur einige Universitätskliniken eine eigene Weaning-Einheit vorhalten sollte es auch möglich sein, dass zusätzlich anerkannt wird, wenn ein Kooperationsvertrag/Verlegungs-SOP's mit einem oder mehreren externen Weaning-Einheiten besteht

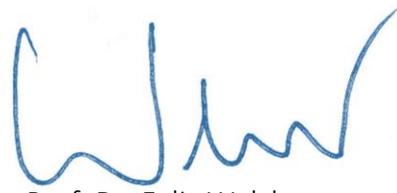
inklusive einer telemedizinischen Anbindung zwischen Intensivzentrum und externer Weaning-Einheit

Das Präsidium der DIVI unterstützt mit den genannten Änderungswünschen in vollem Umfang die Position B Ihres Vorschlages.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Gernot Marx  
Präsident



Prof. Dr. Felix Walcher  
Präsident elect



Prof. Dr. Uwe Janssens  
Past-Präsident



Prof. Dr. Florian Hoffmann  
Generalsekretär

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn
12.12.22

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlusentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite ..... 1**
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung ..... 1**
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren ..... 2**

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Anlage 2, Anforderungen an Onkologische Zentren:</p> <p>§4 besondere Aufgaben, Position B, Anlage 8: Punkt i:</p> <p>„12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <p>In der Liste: HNO oder MKG</p> <p>HNO und MKG müssen jeweils in einen eigenen Spiegelstrich platziert werden.</p>	<p>Es ist unverständlich, warum in der Reihe der genannten durchaus sehr klar differenzierten Fachbereiche die HNO-Heilkunde und die MKG-Chirurgie in einer „oder-Verbindung“ aufgeführt werden. Es handelt sich auch nach der Weiterbildungsordnung um 2 klar getrennte Fachbereiche, was auch in der Struktur von Lehrstühlen und Kliniken zum Ausdruck kommt. Wie in anderen Fachbereichen gibt es geringe fachliche Überschneidungen, es überwiegen jedoch sehr fachspezifische Kompetenzen, die auch in der onkologischen Betreuung zum Tragen kommen. Die Suggestion einer Austauschbarkeit geht somit an allen Realitäten vorbei und muss aufgelöst werden.</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 **27.02.2023** statt

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für Innerer Medizin (DGIM)

Deutsche Gesellschaft für internistische Notfall- und Intensivmedizin (DGIIN)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

23.12.2022

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlusentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7:** Telemedizinische Visite .....
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8:** Intensivmedizinische Versorgung .....
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** .....

Die beteiligten Gesellschaften sprechen sich gegen die Einrichtung spezifischer intensivmedizinischer Zentren in der vorgeschlagenen Form aus. Das betrifft sowohl die Position A (Änderungen der Anlage 3,5,6 und 7) wie auch die Position B (Anlage 8).

Eine an organspezifische Zentren gebundene intensivmedizinische Kompetenz (Position A) kann den notwendigen Anforderungen an ein **interdisziplinäres** intensivmedizinisches Zentrum angesichts der komplexen, lebensbedrohlichen Erkrankungen nicht gerecht werden.

Ebenso ist der in der Anlage 8. - „Intensivmedizinische Versorgung“ vorgestellte Vorschlag nicht geeignet, eine umfassende, die unterschiedlichen Fachdisziplinen repräsentierende medizinische Kompetenz und Qualität, insbesondere auch in Form von telemedizinisch durchgeführten Beratungen und Visiten zu gewährleisten.

Intensivmedizin erfordert gerade für internistische, aber auch für neurologische Krankheitsbilder weit mehr als die intensivmedizinische Sicherung vitaler Funktionen, setzt schnell, ja sofortig verfügbare, differenzierte, differentialdiagnostische, fachärztliche Kenntnisse in der Akutsituation schwerkranker Patientinnen und Patienten voraus. Auch in der Position B ist dies strukturell nicht gewährleistet.

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften berücksichtigen dabei, dass derzeit in der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ an einem entsprechenden Konzept gearbeitet wird, das intensivmedizinische Zentren in die bisher vorliegenden Konzepte für Kliniken mit höchstem Versorgungslevel integrieren wird. Parallele Aktivitäten halten wir nicht für sinnvoll.

Schon jetzt bestehen auf regionaler Ebene Netzwerke (z.B. Schlaganfallnetzwerke, Herzinfarktnetzwerke) zwischen Versorgungs-Krankenhäusern und intensivmedizinischen „High-Tech“ Einheiten (fast ausschließlich universitär), die für fachspezifische und krankheitsorientierte Versorgungssicherheit sorgen. In neuen Konzepten müssen diese funktionierenden Strukturen abgebildet sein, die durch Einrichtung spezifischer intensivmedizinischer Zentren in der vorgeschlagenen Form sowohl Position A (Änderungen der Anlage 3,5,6 und 7) wie auch die Position B (Anlage 8) nicht berücksichtigt, unter Umständen ökonomisch benachteiligt und daher bedroht wären.

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Innerer Medizin (DGIM)		
Deutsche Gesellschaft für internistische Notfall- und Intensivmedizin (DGIIN)		
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)		
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI)
30.12.2022

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**..... 1
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 3

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die DGAI lehnt die Position A; Änderung der Anlagen 3, 5 6 und 7 ab.	

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die DGAI begrüßt ausdrücklich die Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung	Die zukunftsfähige Gestaltung der postpandemischen Intensivmedizin in Deutschland ist insbesondere durch nachfolgende Eckpunkte begründet:  1. Unterstützung der zeitnahen Implementierung evidenzbasierter Medizin und optimierter datengestützter Erkenntnisgewinn  2. Bereitstellung von universitärer medizinischer Expertise in der Breite der Krankenhauslandschaft zum Wohle und zur Sicherheit von Patient*innen  3. Effiziente Überlaufmechanismen für Phasen überdurchschnittlicher Ressourcenauslastung

**4. Intensivmedizinische Telemedizin zur ortsnahen Verfügbarkeit von notwendigem vertieftem Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtige Patient\*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk**

Im Vordergrund steht dabei die jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, die strukturell den Zentren zugrunde gelegt werden. Die Intensivmedizin ist parameterfokussiert und daher für Telemedizin besonders geeignet. Durch intensivmedizinische Telemedizin kann notwendiges vertieftes Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger Patient\*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnah verfügbar gemacht werden. Dieses spezielle Expertenwissen ist zur optimalen Behandlung insbesondere von komplexeren Krankheitsverläufen erforderlich. Derzeit sind entsprechende Kenntnisse und Erfahrungswerte jedoch noch stark in Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung konzentriert.

Das Potential für einen proaktiven Telemedizinansatz in der Intensivmedizin zur Versorgungsgestaltung ist über die Pandemie hinausgegeben. Gründe hierfür sind zum einen Vorhaltungen von Bund und Land für Katastrophenfälle (u.a. Pandemie, MANV), zum anderen sind durch den telemedizinischen Ansatz strukturierter Dialog zur Qualität der Intensivmedizin auf evidenzbasierten Anforderungen und Entscheidungen möglich. Dies umfasst neben den akuten intensivmedizinischen Sicherheitsbelangen der Patienten auch patientenzentrierte Langzeitoutcomes durch strukturierte Nachsorge.

Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, reduziert unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten und ermöglicht ortsnahe Versorgung auf universitärem Niveau. Gerade dieser Aspekt der Skalierung von Spitzenmedizin in der Breite ist zukunftsweisend auch in pandemieunabhängigen Zeiten in der regionalen Krankenversorgungsstruktur auch für andere Fachbereiche. Deswegen unterstützt die DGAI, dass mittels Zentren für Intensivmedizin Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend und auch telemedizinisch dauerhaft angeboten wird. Durch Zentren für Intensivmedizin wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht. Sie tragen signifikant zur Stärkung der Krisenresistenz bei, insbesondere bei überregionaler Knappheit von freien Betten durch Ressourcenüberlastung oder Ausfall von Kliniken, wie beispielsweise im Rahmen der Hochwasserkatastrophe 2021. Das in solchen Szenarien etablierte Kleeblattsystem ergänzt diese Krisenresistenz und dient der Vermeidung von Triagenotwendigkeiten. Ergänzt werden diese Strukturen durch telemedizinische Angebote. Nur so kann man der nachgewiesenen versorgungsverbessernden intensivmedizinischen Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten, auch bei Mangellagen qualitätsgesichert gerecht werden.

Eine Zuordnung im Rahmen klassischer einzeldisziplinspezifischer Erkrankungs- und Organfokussierung wird aber nicht der grundsätzlich für eine qualitätsgesicherte Behandlung schwerstkranker Intensivpatienten erforderlichen Ausrichtung auf die hohen interdisziplinären fächerübergreifenden Anforderungen gerecht. Intensivmedizinisch kompetent zu behandeln sind schwerste lebensbedrohende Indikationen wie z. B. Beatmung, akutes Lungenversagen und Sepsis gehören stets zum speziellen interdisziplinären Behandlungsspektrum der Intensivmedizin.

Deshalb ist es aus Sicht der DGAI erforderlich, dass Zentren für Intensivmedizin eigenständig und übergreifend ausgewiesen werden, um

	<p>sich an den vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen zu orientieren.</p> <p>Der GBA Zentrenbeschluss stellt neben erforderlichen bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen auf besondere Aufgabe nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung aufgrund außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ab und ist somit hervorragend geeignet, die aus unserer Sicht erforderliche Struktur im Rahmen der GKV Regelversorgung rechtssicher und dauerhaft abzubilden.</p> <p>Die vorgeschlagenen Qualitätsanforderungen in §1 und besondere Aufgaben in §2 sind anspruchsvoll, werden von der DGAI als absolut angemessen eingeschätzt. Es bestehen seitens der DGAI hier keine Änderungs- und Ergänzungswünsche.</p>
--	---

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin DGAI		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil Prof. Dr. Bernhard Zwißler
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

<p>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.</p> <p>Federführend: Prof. Dr. Tobias Wengenmayer, Freiburg im Breisgau Prof. Dr. Marcus Hennersdorf, Heilbronn</p> <p>Co-Autor: Prof. Dr. Dr. Markus Ferrari, Wiesbaden Prof. Dr. Volker Schächinger, Fulda Prof. Dr. Christian Schulze, Jena</p>
<p>22.12.2022</p>

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung** ..... 2
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 3

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die Position wird abgelehnt	<p>Position A knüpft an die Durchführung von telemedizinischen <b>intensivmedizinischen</b> Visiten Vorgaben, die vom jeweiligen Zentrum (Herzzentrum, Traumazentrum, Neurovaskuläres Zentrum, Lungenzentrum) erfüllt werden müssen. Diese Vorgaben umfassen ausschließlich intensivmedizinische Parameter, die in den seltensten Fällen von einem Fachzentrum getroffen werden könnten. Unter anderem werden 30 High Care ICU Betten und ein 24/7 ECMO Abholdienst gefordert.</p> <p>Für ein „Herzzentrum“ sind die Anforderungen so hoch, dass nur wenige Zentren diese erfüllen können. Zum Beispiel umfasst diese Definition auch</p>

	<p>die Möglichkeit der Implantation von LVAT/RVAD/TAH und eine Kinderherzmedizin oder Herztransplantationsmedizin. Insbesondere können nicht-universitäre Häuser die Position A nahezu in keinem Fall erfüllen. Da die Gesamtanforderungen nur wenige Zentren in Deutschland erfüllen können, wird auch die telemedizinische <b>intensivmedizinische</b> Visite kaum angeboten werden können.</p>
--	---

## 2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung

### In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Die Position solle abgeändert werden.</p>	<p>Position B votiert für die Bildung von intensivmedizinischen Zentren. Im Wesentlichen werden hier die gleichen Voraussetzungen genannt, die Position A als Voraussetzung für die Durchführung von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten nennt. Im Unterschied zu Position A ist wird hier die telemedizinische <b>intensivmedizinische</b> Visite ausschließlich vom intensivmedizinischen Zentrum durchgeführt und ist eine fakultative Leistung. Die technischen Voraussetzungen zur Durchführung einer solchen Visite erscheinen angemessener als bei Position A.</p> <p>In Deutschland bestehen vielfach, gerade an den Maximalversorgern, eigenständige anästhesiologische und internistische Intensivstationen, was Vorteile hinsichtlich der Behandlung der Grunderkrankungen bietet. Die erforderliche Kapazität von 30 High Care Betten zur Bildung eines intensivmedizinischen Zentrums könnte durch die Quervernetzung – aber nicht Fusion - von Intensivstationen (bspw. Anästhesie und Innere Medizin) und der resultierenden Kooperation erreicht werden, was prinzipiell zu befürworten ist.</p> <p>Um eine angemessene Anzahl von verfügbaren Telemedizinstandorten zu rekrutieren, sollte die 24/7 Bereitschaft und das Vorhandensein von bestimmten Merkmalen (Herzchirurgie, ECMO Abholdienst, interventionelle Radiologie) als Kooperation gelöst werden können.</p> <p>Im Detail hieße dies:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.i.: ...am Standort mindestens mit Facharztstandard oder mit vertraglich festgelegter Kooperation...</li> <li>- 1.j.: Einschränkung auf vv-ECMO</li> <li>- 1.k.: Weaning-Einheit: Diese sollte in Kooperation zu akzeptieren sein. Es gibt ja bereits zertifizierte Weaningzentren, die also auch aufgrund der dort herrschenden Expertise genutzt werden sollten. Diese Expertise wird eine „Weaning-Einheit“ nicht liefern können</li> </ul>

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Der Änderungsvorschlag wird angenommen	Eine Kinderonkologie muss nicht am Standort des Onkologisches Zentrums vorgehalten werden. Eine Kooperation mit einer kinderonkologischen Einheit ist ausreichend. Der Abstand von 15km Luftlinie erscheint arbiträr gewählt.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie

<b>Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)</b>
01.01.2023

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).

1. [Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite](#) ..... 1
2. [Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung](#) ..... 1
3. [Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren](#) ..... 2

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungs-vorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><a href="#">Anlage 5</a></p> <p><b>§1, Abs. 7, Nr. 3:</b></p> <p>Konkretisierung oder Streichung des Satzes „es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert“</p>	<p>Eine einheitliche externe Qualitätssicherung der deutschen Intensivstationen existiert bislang nicht. Es gibt gleichwohl verschiedenste Ansätze unterschiedlicher Stakeholder, eine solche durchzuführen, die jedoch nicht evaluiert sind. Insofern sollte der Punkt, was unter „externer QS“ verstanden wird, konkretisiert werden.</p> <p>Gleiches gilt für den Punkt der „evidenzbasierten Standards.“ Auch hier sollte konkretisiert werden, was darunter verstanden wird.</p>
<p><b>§1, Abs. 8, Nr. 1:</b></p> <p>Streichung des Satzes</p>	<p>Es ist fachlich nicht nachvollziehbar, dass die „Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020“ eine Voraussetzung für die Übernahme von telemedizinischen Leistungen eines Herzzentrums ein soll. Dieses inhaltliche Relikt aus Zeiten einer hoffentlich überwundenen Pandemie sollte entfernt werden.</p>
<p><b>§2, Nr. 5b:</b></p> <p>Streichung des Begriffs des</p>	<p>Es ist unverständlich, wenn Herzzentren intensivmedizinische telemedizinische Visiten für Patientinnen und Patienten anderer</p>

„mobilen telemedizinischen audio-visuellen Unterstützungssysteme“	Krankenhäuser „mittels eines mobilen telemedizinischen audio-visuellen Unterstützungssystems“ erbringen sollen, diese technische Voraussetzung für die Zentren für Intensivmedizin nach Anlage 8 aber nicht vorgesehen sind
---	---

## 2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung

In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Allgemeine Vorbemerkung</b>	<p>Es spricht prinzipiell nichts gegen die Einführung eigener Zentren für Intensivmedizin. Diesbezüglich könnte es jedoch sinnvoll sein, zunächst eine Folgenabschätzung vorzunehmen, wie viele Einrichtungen in Deutschland die Anforderungen erfüllen können, um zu vermeiden, daß die Regelung zu Versorgungslücken führt.</p> <p>Es spricht allerdings nichts dafür, die Möglichkeit der anderen Zentren, ggf. intensivmedizinische telemedizinische Leistungen als besondere Aufgabe zu übernehmen, zu streichen. Diese Möglichkeit sollte im Gegenteil erhalten bleiben, um die in den anderen Zentren unzweifelhaft vorhandene Expertise für besondere, fach- und/oder organbezogene Fragestellungen weiter nutzen zu können.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit a)</b></p> <p>Ergänzung bzw. Korrektur des Satzes „Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010.“</p>	<p>Seit November 2022 liegen neue Empfehlungen der DIVI vor, die daher in diesem Kontext verwendet werden sollten. Der entsprechende Passus im Satz sollte daher lauten:</p> <p>„ ... Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen <b>2022</b>“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom <del>30.11.2010</del> <b>28.11.2022</b>.“</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit b)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der Leitung des Zentrums um den pflegerischen Anteil</p>	<p>Die Beschreibung der Leitung des Zentrums sollte nicht nur die Qualifikation der Ärzte berücksichtigen, sondern auch die Anforderungen an die Qualifikation der Leitung des Pflegedienstes.</p> <p>Die DIVI hat in ihren Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 folgende Formulierung gefunden: „Die Stationsleitung einer Intensivstation soll über die Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ oder „Intensivpflege“ und zusätzlich möglichst</p>

	<p>über ein abgeschlossenes Studium im Bereich der Pflege, mindestens aber eine staatlich anerkannte Weiterbildung zur Leitung einer Station verfügen.“</p> <p>Wir empfehlen eine sinngemäße Übernahme der Formulierung.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit f)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der Vorhaltung von intensivmedizinisch qualifiziertem ärztlichem Personal um den pflegerischen Anteil</p>	<p>Wenn man die Vorhaltung von intensivmedizinisch qualifiziertem ärztlichem Personal mit 15 Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin am Standort vorgibt, sollte dies um die entsprechenden Voraussetzungen für das Pflegepersonal ergänzt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das in Anlage 8 beschriebene Zentrum für Intensivmedizin mindestens die Kriterien der Stufe 3 der DIVI Empfehlung von 2022 erfüllen muss.</p> <p>Legt man daher die DIVI-Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 zugrunde, könnte der zu ergänzende Satz lauten: „Für jedes betreibbare Intensivbett sollte pro Schicht 1 Pflegefachperson zur Verfügung stehen. Zudem soll der Anteil an Pflegefachpersonen mit der zusätzlichen Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ oder „Intensivpflege“ in jeder Schicht mindestens 30% des Pflegeteams der Intensivstation betragen.“</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit g)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der täglichen Verfügbarkeit infektologischer/mikrobiologischer</p>	<p>Diese Formulierung lässt Interpretationsspielräume offen, da nicht genau spezifiziert ist, wie die geforderte „Kompetenz“ vollumfänglich erfüllt wird. Ferner erschließt sich nicht warum unter g) die „tägliche Verfügbarkeit“ jedoch unter h) nur die „Verfügbarkeit“ gefordert wird.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit i)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der Einsatzbereiche, die am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar sind</p>	<p>Aus dieser Formulierung erschließt sich nicht, was unter einem „Einsatzbereich“ zu verstehen ist; z.B., ob es hier um Fachabteilungen, Abteilungen, Kliniken, Institute oder andere Organisationsformen handeln soll.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit j)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO)</p>	<p>Der Begriff „ECMO“ sollte näher konkretisiert werden, z.B. „vvECMO“ oder „vveCMO und vaECMO“ oder „mit Indikation zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) oder extrakorporalen Herz-Kreislaufunterstützung (ECLS)“.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit k)</b></p> <p>Streichen des Satzes</p>	<p>Hier stellt sich die Frage, ob das Vorhandensein einer Weaning-Einheit tatsächlich eine zwingende Strukturanforderung darstellt oder nicht. Zumindest in der unlängst veröffentlichten „Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022“ der DIVI ist dies kein</p>

	zwingendes Strukturmerkmal einer Intensivstation
--	--

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)</b>		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil

## Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen: Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
31.12.2022

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung** ..... 3
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 4

### 1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Grundsatz	<p>Auftrag der Traumazentren ist die Vorhaltung und Wahrnehmung der Schwerverletztenversorgung und beratend-koordinatorischer Aufgaben im TNW sowie z.B. in der Vorbereitung/Vorhaltung für MANV Situationen begründet.</p> <p>Traumazentren sind im Rahmen der Umsetzung der Zentrumsregelung aktuell noch nicht so umgesetzt, wie man sich von allen Seiten dies vorstellt. Von ca. 110 ÜTZs sind grundsätzlich ca. 60-70 dafür geeignet. Bis jetzt wurde wegen diverser Hürden und Verfahrensschwierigkeiten je nach Konzilianz der Behörden und Kostenträger ca. 20-25 ein Zuschlag erteilt. Die Höhe der Zuschläge ist gering, der Kostennachweis gelingt häufig nicht oder wird von den Kostenträgern nicht akzeptiert. Aktuell hat nicht einmal jedes Bundesland ein für die telemedizinische Konsultation anerkanntes Traumazentrum. Die Flächenrepräsentanz ist derzeit nicht gegeben. Insofern ist eine weitere Verschärfung des Instruments „Zentrumszuschlag“ mit zusätzlichen Anforderungen nicht zielführend.</p>
Aufwandspunkte Kompetenznachweis	750.000 Aufwandspunkte erlauben keinen Rückschluss auf die telemedizinische Kompetenz. Aus unfallchirurgischer Sicht geht es um Kompetenzen bei der Behandlung von Polytrauma, Schwerbrandverletzten, Querschnittgelähmten usw., die nicht auf Aufwandspunkte beschränkt

	<p>werden kann. Insbesondere Spezialversorger fallen aus der Berechnung heraus.</p> <p>Auch für eine telemedizinische Visite ist eine fundierte Behandlungserfahrung (Kompetenz) für die Grundkrankheit (hier das Polytrauma/der Schwerverletzte) zu fordern. Dieses lässt unseres Erachtens nicht adäquat mit Aufwandspunkten (TISS/SAPS) abbilden. Ergänzungen bzw. alternative Bewertungskriterien für eine Therapieerfahrung mit polytraumatisierten Pat. sind aus Registerdaten (wie z.B. dem Traumaregister der DGU) zu entwickeln. Das Register erfasst alle Schwerverletzten/Polytraumata, die in einem Traumazentrum versorgt werden. Die Dokumentation ist für zertifizierte Traumazentren verpflichtend. Das Register kann nicht nur Auskunft über Behandlungszahlen auf der jeweiligen Intensivstation liefern, sondern auch auf der Basis wissenschaftlich validierter Scores Patienten nach Mortalitätsrisiko klassifizieren. Schwellenwerte sollten sich an der Versorgungsrealität orientieren, um zu verhindern, dass Zentren durch eine Vielzahl telemedizinischer Konsultationen überlastet werden, während die Kompetenz anderer geeigneter Zentren ungenutzt bleibt. Das Ziel muss die Erreichung einer flächendeckenden Versorgung sein.</p>
Bettenzahl	<p>Die Bettenzahl per se ist nicht aussagekräftig für eine Behandlungskompetenz. Die geforderten 30 Betten sind nicht passend für besondere intensivmedizinische Qualifikationen insbesondere bei z. B. Schwerbrandverletzten, Polytrauma usw. Zudem gibt es diverse Mischbilder mit internistischen Erkrankungen, die hier nicht abgegrenzt sind. Die generalistische Bettenbetrachtung ist zu undifferenziert und ist kein Maß für Spezialkompetenzen im Rahmen des Traumazentrums. Zudem ist nicht geklärt, ob es sich um aufgestellte oder betriebene Betten handelt.</p> <p>Es sollten die veröffentlichten Strukturempfehlungen der DIVI (Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022) Berücksichtigung finden. Diese Empfehlung findet sich analog im Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU.</p>
Qualitätssicherung	<p>Das Traumaregister DGU<sup>®</sup>, das bereits als Kriterium aufgenommen wurde, ist als QM-Instrument ausreichend. Der Passus bringt keinen Mehrwert. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass auch alle Traumapatienten an das Register gemeldet werden können und die Hürden des Datenschutzes gelöst werden. Dieses Thema ist dem G-BA bereits bekannt.</p>
ECMO	<p>ECMO-Verfahren sind auch in der Unfallchirurgie wichtige Verfahren. Auch hier zählt jedoch nicht die Fachrichtungsherkunft des Leistungserbringers sondern die (nachweisbare) Behandlungskompetenz.</p> <p>Abholdienste insbesondere mit den genannten Voraussetzungen können u.U. anderen Zentren angegliedert werden.</p>
Facharztstandard Intensivmedizin	<p>Hier findet eine Vermischung der OPS-Regularien mit den Zentrumsregularien statt. Aus diesem Grund soll die Regelung hier entfallen.</p>
Telemedizin	<p>Der Bezug auf eine Einheit ist nicht zielführend. Wichtig ist die Definition der telemedizinischen Versorgungsangebote und die Einbindung in die technischen oder organisierten Systeme (Verbünde, Datenschutz, Messenger-Dienste, Portale usw.). Auch die Beschränkung auf die genannten Krankheitsbilder ist nicht zielführend. Grundsätzlich soll jede Frage eines Versorgers „in Not“ im Zentrum unterstützt werden können. Die aktuelle Formulierung ist hier nicht zielführend.</p>

Herzzentren, Lungenzentren usw.	Es liegt keine Betroffenheit im Bereich der DGOU / DGU vor.
---------------------------------	---

## 2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung

In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Grundsatz	<p>Zentren für Intensivmedizin (losgelöst bzw. zusätzlich von/zu etablierten Versorgungsstrukturen in der Traumaversorgung, z.B. ÜTZ) sind auf Basis der aktuellen Versorgungsstrukturen insbesondere in Verbindung mit Spezialkompetenzen (Trauma, Herz, Lunge usw.) im Rahmen der Zentrumsregelung nicht sinnvoll und wird abgelehnt.</p> <p>Es findet eine Vermischung mit den OPS-Komplexcodes 8-980 und 8-98f statt. Dies führt in einer operativen Umsetzung zu erhöhtem Regelungsbedarf und zusätzlicher Bürokratisierung. Die Zentrumsregelung geht hier am Bedarf vorbei. Der vorgestellte Entwurf ist nicht im Vorfeld mit den Bedürfnissen der Unfallchirurgie vorüberlegt und nicht vom Verständnis der Fachlichkeit geprägt. Der Entwurf berührt diverse weitere Rechtskreise (z. B. Apothekenrecht), die hier nicht berücksichtigt sind.</p> <p>Zu kinderonkologischen Themen wird auf die Stellungnahme der pädiatrischen und onkologischen Zweige der Fachgesellschaften verwiesen. Eine unmittelbare Betroffenheit der DGOU und DGU besteht nicht.</p>
Bettenzahl	<p>Die geforderten 30 Betten sind nicht passend für besondere intensivmedizinische Qualifikationen insbesondere bei z. B. Brandverletzten, Polytrauma usw.. Zudem gibt es diverse Mischbilder mit internistischen Erkrankungen, die hier nicht abgegrenzt sind. Die generalistische Bettenbetrachtung ist zu undifferenziert und ist kein Maß für Spezialkompetenzen im Rahmen der Intensivmedizin. Zudem ist nicht geklärt, ob es sich um aufgestellte oder betriebene Betten handelt.</p>
Kompetenzen	<p>Die geforderten 24/7 Aufnahmebereitschaft, die personelle Ausstattung, die fachärztliche Kompetenz, fachärztliche Standards usw. sind entweder kein besonderes Kriterium eines Zentrums, da Standard oder bereits jetzt in kaum einer Klinik realisierbar, auch nicht Universitätskliniken oder spezialisierten Traumaversorgern. Für eine dezidierte Stellungnahme zum Thema, ECMO-Abholdienste, Weaning-Einheiten, Pharma-Visite, Krankenhausapotheke usw. reicht die Zeit bis zum 02.01.2023 nicht aus und wird bei Bedarf nachgereicht.</p>
Forschungstätigkeit	<p>Die Formulierungen werden ausdrücklich begrüßt, da es einen bisherigen Konstruktionsfehler der Zentrumsregelungen aufgreift. Es ist jedoch nicht ausformuliert, wie eine geeignete Quantifizierung erfolgt. Es sollten aber auch noch Weiterbildungsverpflichtungen aufgenommen werden.</p>
Telemedizin	<p>Die Telemedizin ist nicht ausreichend beschrieben (Messengerdienste, Datenschutz usw.). Zielführend ist keine tägliche Visite sondern eine Verfügbarkeit on demand und dann mit der notwendigen Kompetenz (das führende Grundleiden ist zu berücksichtigen).</p>

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Zuständigkeit</b>	Zu Kinderonkologischen Themen wird auf die Stellungnahme der pädiatrischen und onkologischen Zweige der Fachgesellschaften verwiesen. Eine unmittelbare Betroffenheit der DGOU und DGU besteht nicht.
<b>Entfernung</b>	Die Luftlinienentfernung von 15km scheint nicht zwingend evidenzbasiert. Sie sollte versorgungspolitisch begründet werden.
<b>Mindestmenge</b>	Die Mindestmenge von 30 Fällen scheint nicht zwingend evidenzbasiert.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

**Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.**

Die Anhörung findet voraussichtlich am **27.02.2023** statt

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie
01.01.2023

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**..... 1
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 3

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>§1 Qualitätsanforderungen</b>	Bei den strukturellen Anforderungen an Intensivmedizinische Zentren für überregionale intensivmedizinische Schwerpunktversorgung wird die Möglichkeit zur Organersatztherapie am Standort gefordert. Dabei sollen sich die Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der Intensivstationen auch hinsichtlich von Nierenersatzverfahren an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der DIVI vom 30.11.2010 orientieren. In einer von der DIVI in 2022

<p><b>1. Strukturelle Anforderungen</b></p> <p>a) Vorhaltung einer überregionalen intensivmedizinischen Schwerpunktversorgung mit einer intensivmedizinischen, interdisziplinären Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie am Standort. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 <i>sowie an der S1-Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ (AWMF Registernummer 090 – 004).</i></p>	<p>aktualisierten Version der „Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022“ wurden die Anforderungen an die apparative Ausstattung von Intensivstationen hinsichtlich der Nierenersatzverfahren in einem 3-Stufenmodell weiter spezifiziert. In beiden DIVI Empfehlungen wird das Vorhalten von kontinuierlichen und intermittierenden oder nicht-kontinuierlichen Nierenersatzverfahren einschließlich CVVHD gefordert.</p> <p>Die DGfN weist darauf hin, dass eine nicht weiter spezifizierte Anforderung an ein pauschales Vorhalten kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren auf Intensivstationen ohne eine gleichzeitige Einbeziehung nephrologischer Fachexpertise in individualisierte Indikationsstellung, Verordnung und Durchführung spezifischer Nierenersatzverfahren medizinisch nicht zu vertreten ist.</p> <p>Das Spektrum kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren geht heute weit über die auf deutschen Intensivstationen bei akutem Nierenversagen in der Regel verwendeten CVVHF- und CVVHD-Verfahren hinaus. Das in Deutschland von Fachärztinnen und Fachärzten für Nephrologie bei der Behandlung akuter und chronischer Nierenerkrankungen regelmäßig zur Anwendung gebrachte breite Spektrum der Nierenersatzverfahren umfasst neben der intermittierenden Low-Flux und High-Flux-Hämodialyse auch die Postdilutions-, Prädilutions- oder Mixed-Dilutions-Hämodiafiltration, die erweiterte („expanded“) Hämodialyse (HDx), sowie verschiedene kontinuierliche und nicht-kontinuierliche Verfahren der akuten und chronischen Peritonealdialyse (APD, CAPD, CCPD, IPD, etc.).</p> <p>Bei einer Forderung nach einem pauschalen Vorhalten kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren muss sichergestellt sein, dass das gesamte Spektrum moderner Nierenersatzverfahren jederzeit verfügbar und von geschultem ärztlichen und pflegerischen Personal sachgemäß durchgeführt werden kann. Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner können durchaus Ausbildung und Erfahrung mit auf Intensivstationen oft etablierten kontinuierlichen Hämodialyseverfahren, wie CVVH und CVVHD, nachweisen, jedoch nicht mit den zahlreichen anderen Modalitäten der Nierenersatzverfahren.</p> <p>Ein Großteil dieser Verfahren, insbesondere intermittierende Hämodialyseverfahren und sämtliche Peritonealdialyseverfahren, sollten in intensivmedizinischen Zentren nur von Fachärzten und Fachärztinnen für Nephrologie sowie nephrologisch geschultem Fachpflegepersonal durchgeführt werden.</p> <p>Das gesamte Spektrum an Nierenersatzverfahren kann auf Intensivstationen nur unter Hinzuziehung ärztlicher und pflegerischer nephrologischer Fachexpertise angeboten werden. Hinsichtlich der Anforderungen an die personelle, organisatorische und apparative Ausstattung von Intensivstationen bei der Durchführung von kontinuierlichen und intermittierenden Nierenersatzverfahren wird auf die aktuelle S1-Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ (AWMF Registernummer 090 – 004) verwiesen.</p>
<p><b>§1 Qualitätsanforderungen</b></p>	<p>Basierend auf den oben angeführten Argumenten sollte das Vorhalten eines Facharztstandards Nephrologie ein Mindestkriterium sein für Intensivmedizinische Zentren, die das breite Spektrum kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatztherapie vorhalten und anbieten wollen.</p>

<p><b>1. Strukturelle Anforderungen</b></p> <p>i) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kardiologie,</li> <li>- Gastroenterologie,</li> <li>- <b>Nephrologie</b></li> <li>- Neurologie,</li> <li>- Hämatonkologie,</li> <li>- Pulmonologie,</li> <li>- Anästhesiologie,</li> <li>- Pädiatrie,</li> <li>- Viszeral- und Transplantationschirurgie,</li> <li>- Unfallchirurgie,</li> <li>- Gefäßchirurgie,</li> <li>- Herzchirurgie,</li> <li>- Thoraxchirurgie,</li> <li>- Neurochirurgie,</li> <li>- Interventionelle Neuroradiologie,</li> <li>- Psychiatrie/Psychosomatik,</li> <li>- HNO oder MKG,</li> <li>- Plastische Chirurgie,</li> <li>- Radiologie.</li> </ul>	

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</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 **27.02.2023** 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

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

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
29.12.2022

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).

1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite ..... 1
2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung..... 11
3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren..... 20

1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>I. Die Zentrums-Regelungen werden wie folgt geändert: 1. Die Anlage 3 - Traumazentren wird wie folgt geändert:</b></p> <p><b>a) Dem § 1 wird folgender Absatz 5 angefügt:</b></p> <p><b>„(5) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 4.b) als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</b></p> <p><b>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte,</b></p> <p><b>bestehend aus der Summe des täglichen Simplified</b></p>	<p>Auf Intensivstationen werden regelmäßig sterbende Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelmäßig Patient:innen mit Symptomlast vor. Ebenso stehen oft schwierige Therapieentscheidungen am Lebensende an, so dass Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung essentiell wichtig ist. <b>(1,2)</b></p>

**Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,**

- 2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,**
- 3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,**
- 4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für**

<p>Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</p> <p>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein, und</p> <p>6. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss zur Unterstützung bei der Therapiezielfindung sowie für Fragen zur Symptomkontrolle bei Intensivpatientinnen oder Intensivpatienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen verfügbar sein.</p> <p>7. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.“</p>	
<p><b>3. Die Anlage 6 - Neurovaskuläre Zentren wird wie folgt geändert:</b></p> <p><b>a) Dem § 1 wird folgender Absatz 6 angefügt:</b></p>	<p>Auf Intensivstationen neurovaskulärer Zentren werden regelhaft sterbende Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patient:innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelhaft Patient:innen mit Symptomlast vor, so dass spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz zur Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung sowie zur Symptomlinderung essentiell notwendig ist. <b>(1,2)</b></p>

**„(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:**

- 1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation abgerechnet,**
- 2. Eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,**
- 3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen**

Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,

4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,
5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und
6. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss zur Unterstützung bei der Therapiezielfindung sowie für Fragen zur Symptomkontrolle bei Intensivpatientinnen oder Intensivpatienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen verfügbar sein.
7. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.“

<p><b>Die Anlage 7 - Lungenzentren wird wie folgt geändert:</b></p> <p><b>1. a) § 1 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt geändert:</b></p> <p>aa) In Buchstabe d) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt und die Angabe „8-718.9“ gestrichen.</p> <p>bb) In Buchstabe g) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt.</p> <p><b>2. b) Dem § 1 werden folgende Absätze 6 und 7 angefügt:</b></p> <p><b>„(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</b></p> <p><b>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf</b></p>	<p>Auf Intensivstationen in Lungenzentren werden regelhaft sterbende Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelhaft Patient:innen mit Symptomlast vor, so dass Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung zur Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung und zur Symptomlinderung essentiell notwendig ist. <b>(1,2)</b></p>

der Intensivstation,  
abgerechnet,  
2. eine  
intensivmedizinische,  
interdisziplinäre  
Kapazität von  
mindestens 30 High-  
Care-Intensivbetten  
mit der Möglichkeit  
zur invasiven  
Beatmung und  
Organersatztherapie  
ist vorhanden; die  
personelle und  
apparative  
Ausstattung  
entspricht dabei den  
„Empfehlungen zur  
Struktur und  
Ausstattung von  
Intensivstationen“  
der Deutschen  
Interdisziplinären  
Vereinigung für  
Intensiv- und  
Notfallmedizin (DIVI)  
vom 30.11.2010,

3. es erfolgt eine externe  
Qualitätssicherung der  
Intensivstation und der  
Nachweis einer  
interdisziplinären,  
multiprofessionellen  
Patientenversorgung, die  
sich an evidenzbasierten  
Standards orientiert,  
4. ein Abholdienst für  
Patientinnen und Patienten  
mit extrakorporaler  
Membranoxygenierung  
(ECMO), bestehend aus  
mindestens einer Fachärztin  
oder einem Facharzt für  
Herzchirurgie oder  
Kardiologie oder  
Anästhesiologie sowie einer  
Kardiotechnikerin oder  
einem Kardiotechniker mit

<p>jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss zur Unterstützung bei der Therapiezielfindung sowie für Fragen zur Symptomkontrolle bei Intensivpatientinnen oder Intensivpatienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen verfügbar sein.</li> <li>6. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und</li> <li>7. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</li> </ol>	
<p><b>2.1.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgabe telemedizinische Visite)</b></p> <p>Bei der Durchführung der telemedizinischen Visite ist sicherzustellen, dass die im Rahmen des ERIC-Projekts festgelegten und erprobten Min-destanforderungen und Prozesse eingehalten werden. Dazu gehört insbesondere, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ein Visitenroboter oder ein vergleichbares mobiles telemedizinisches audiovisuelles Unterstützungssystem einge-</li> </ul>	<p>Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Symptombelastung sowie der erschwerten Therapiezielfindung bei Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen hier Erwähnung finden. <b>(1,2)</b></p>

<p>setzt wird, das die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absatz 9 Nummer 1 der Zentrums-Regelungen erfüllt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• an der multiprofessionellen, telemedizinischen Visite neben einer Fachärztin bzw. einem Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und einer Pflegefachperson bei Bedarf auch weitere Fachärztinnen oder Fachärzte (z.B. aus den Bereichen Infektiologie, Chirurgie, Neurologie oder Palliativmedizin) teilnehmen und die in den Anlagen 8 und 9 des Ergebnisberichts zum Projekt ERIC festgelegten Verfahrensanweisungen berücksichtigt werden [11].</li> </ul>	
<p><b>2.2.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgaben telemedizinische Leistungen)</b></p> <p><b>Bezüglich der Änderungen aa) und bb) siehe 2.1.2.</b></p> <p><b>Herzzentren sind auf die umfassende Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen und deren Komplikationen spezialisiert. Neben der Kardiologie ist insbesondere die Herzchirurgie und die Palliativmedizin gefordert und es werden verschiedene Qualitätsanforderungen formuliert, die Herzunterstützungssysteme und VA-ECMO Abholdienst beinhalten, die immer eine Transportplanung und vertiefte Kenntnisse über den zu behandelnden Patienten erfordern. Patientinnen und Patienten werden i.d.R. auf einer Intensivstation, d.h. unmittelbar von Intensivmedizinerinnen und Intensivmedizinern behandelt. Die Erkrankungen sind regelhaft mit Organkomplikationen vergesellschaftet (z.B. Multiorgan-Dysfunktionssyndrom) und grundsätzlich systemisch zu verstehen. Zum Beispiel führt ein Herzversagen häufig über die Minderperfusion von</b></p>	<p>Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Symptombelastung und bei der realistischen Therapiezielfindung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz analog zu den Leitlinien hier Erwähnung finden, da eine Visite ja auch das Ergebnis haben kann, ein palliatives Therapieziel gemeinsam festzulegen. Dann ist spezialisiertes „Know How“ zur Symptomkontrolle sehr hilfreich. (1,2)</p>

kritischen Organen wie Leber oder Niere zu einem Versagen dieser Organe. Telemedizinische Leistungen dienen dazu, Hochrisikopatientinnen und Patienten zu identifizieren und die Behandlung so zu gestalten, dass Organschäden möglichst vermieden werden. Dies kann sowohl die Beratung vor Ort, als auch den Transport in ein geeignetes Zentrum beinhalten. **Des Weiteren ist eine Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung sowie eine frühzeitige Beratung zur Symptomkontrolle bei symptombelasteten Patientinnen und Patienten mit im Rahmen der Visite vereinbarten palliativen Therapiezielen hilfreich.**

Bei der Änderung cc) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung des BMG-Hinweises (siehe 2.2.1).

### **2.3.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgabe telemedizinische Visite)**

**Neurovaskuläre Erkrankungen sind komplex und die Behandlung umfasst neben der Intensivmedizin Expertise der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Radiologie, Kardiologie und Palliativmedizin an einem Standort. Die telemedizinische Mitbehandlung durch Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner setzt die konsiliarische Verfügbarkeit aller Abteilungen voraus. Patientinnen und Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen haben ein sehr hohes Risiko für Langzeitfolgen und die Behandlung ist sehr zeitkritisch, da sonst irreversible Schäden drohen, die die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten einschränken. Die Verfügbarkeit einer telemedizinischen Mitbehandlung ist hier von besonderer Relevanz, um die konservative Therapie in der Frühphase der Behandlung zu verbessern und eine mögliche Intervention/Operation zeitgerecht planen und durchführen zu**

Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Therapiezielfindung und Symptombelastung von Patient:innen mit neurovaskulären Erkrankungen hier Erwähnung finden, da eine Visite ja auch das Ergebnis haben kann, gemeinsam ein palliatives Therapieziel gemeinsam festzulegen. Dann ist spezialisiertes palliativmedizinisches „Know How“ zur Symptomkontrolle sehr hilfreich. **(1,2)**

<p><b>können. Des Weiteren ist eine Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung sowie eine frühzeitige Beratung zur Symptomkontrolle bei symptombelasteten Patientinnen und Patienten mit im Rahmen der Visite vereinbarten palliativen Therapiezielen hilfreich.</b></p>	

## 2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung

In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>I. Den Anlagen wird folgende Anlage angefügt:</b></p> <p><b>„Anlage 8 - Zentren für Intensivmedizin §1 Qualitätsanforderungen</b></p> <p><b>1. Strukturelle Anforderungen</b></p> <p><i>Alternativvorschlag</i></p> <p><b>a) Vorhaltung einer überregionalen intensivmedizinischen Schwerpunktversorgung mit einer intensivmedizinischen, interdisziplinären Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie am Standort. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010.</b></p> <p><b>b) Leitung des Zentrums durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit</b></p>	<p>Neben mikrobiologischer und pharmazeutischer Kompetenz sollte auch spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz in einem Intensivzentrum verfügbar sein. Ca. 20 % der Patientinnen und Patienten sterben auf der Intensivstation, noch viel mehr sind lebenslimitiert erkrankt und damit potentielle Palliativpatient:innen mit Symptomlast. Neben den hochtechnisierten Verfahren sollte daher auch Kompetenz der spezialisierten Palliativversorgung zur Symptomkontrolle <b>und Unterstützung in der realistischen Therapiezielfindung</b> vorhanden sein. <b>(1,2)</b></p>

der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Die ärztliche Leitung des Zentrums verfügt über die Befugnis für die jeweilige Facharztweiterbildung und zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

c) 24/7-Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie.

d) 24/7-Verfügbarkeit intensivpflegerischer Kompetenz.

e) 24 stündige Aufnahmebereitschaft für intensivmedizinische Fälle.

f) Mindestens 15 Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin am Standort.

g) Verfügbarkeit von Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung

h) Tägliche Verfügbarkeit infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, auch in Kooperation möglich.

i) Verfügbarkeit klinisch-pharmazeutischer Kompetenz, auch in Kooperation möglich.

j) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:

- Kardiologie,  
Gastroenterologie,  
Neurologie,  
Hämatonkologie,  
Pulmonologie,
- Anästhesiologie,
- Pädiatrie,
- Viszeral- und  
Transplantationschirurgie,

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfallchirurgie,</li> <li>• Gefäßchirurgie,</li> <li>• Herzchirurgie,</li> <li>• Thoraxchirurgie,</li> <li>• Neurochirurgie,</li> <li>• Interventionelle Neuroradiologie,</li> <li>• Psychiatrie/Psychosomatik,</li> <li>• HNO oder MKG,</li> <li>• Plastische Chirurgie,</li> <li>• Radiologie,</li> <li>• Palliativmedizin</li> </ul> <p><b>k) 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit der Indikation zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO).</b></p> <p><b>l) Vorhaltung einer Weaning-Einheit unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Pneumologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.</b></p> <p><b>m) 24 stündige kurzfristige Verfügbarkeit interventioneller (neuro)radiologischer Verfahren.</b></p> <p><b>n) Vorhaltung einer Krankenhausapotheke mit 24/7-Erreichbarkeit, auch in Kooperation möglich.</b></p> <p><b>o) Werktägliche Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende.</b></p>	
<p><b>§ 1 Qualitätsanforderungen</b></p>	<p>Neben mikrobiologischer und pharmazeutischer Kompetenz sollte auch spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz in einem Intensivzentrum verfügbar sein. Ca. 20 % der Patientinnen und</p>

**Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsvoraussetzungen voraus.**

### **§ 1 Qualitätsanforderungen**

**Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsvoraussetzungen voraus.**

#### **1. Strukturelle Anforderungen**

**Buchstabe a - Spezielle Vorhaltung**  
Das Zentrum für Intensivmedizin hält mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit der invasiven Beatmung vor. Die Zahl von 30 Intensivbetten ist notwendig um eine entsprechende Erfahrung bei der intensivmedizinischen Versorgung zu gewährleisten. Zudem verfügen entsprechend große intensivmedizinische Einheiten über erforderliches Personal, um neben der Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten besonderen Aufgaben, insbesondere die tägliche Beratung anderer Krankenhäuser, übernehmen zu können. Das Zentrum für Intensivmedizin kann aus mehreren Intensivtherapiestationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten bestehen. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich dabei an den Anforderungen der „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.<sup>2</sup>

**Buchstabe b - Leitung des Zentrums durch einen FA mit Zusatzweiterbildung Fachärztinnen und Fachärzte, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ berechtigt sind, verfügen aufgrund der im Rahmen der**

Patienten sterben auf der Intensivstation, noch viel mehr sind lebenslimitiert erkrankt und damit potentielle Palliativpatient:innen mit Symptomlast und einer häufig komplexen Therapiezielfindung. Neben den hochtechnisierten Verfahren sollte daher auch Kompetenz der spezialisierten Palliativversorgung zur Symptomkontrolle vorhanden sein. (1,2)

**Weiterbildung erworbenen Kenntnisse über eine besonders fundierte intensivmedizinische Qualifikation und eine inhaltliche Fokussierung auf die Behandlung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten. Die entsprechende Qualifikation in der Leitungsfunktion hat nachweislich einen positiven Effekt in Form einer Reduzierung der Sterblichkeit, Verkürzung der intensivmedizinischen Liegezeit sowie einer Verringerung von Komplikationen.**

**Buchstabe c - 24/7-Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie**

**Aufgrund der Besonderheit intensivmedizinisch behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten ist eine „rund um die Uhr“ Verfügbarkeit von intensivmedizinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten in dem Zentrum für Intensivmedizin unabdingbar. Darüber hinaus muss das Zentrum für Intensivmedizin die qualifizierte Beratungsleistung für andere Krankenhäuser jederzeit durch eine erfahrene Intensivmedizinerin oder einen erfahrenen Intensivmediziner (mindestens Facharztstandard) erfüllen können.**

**Buchstabe d - 24/7-Verfügbarkeit intensivpflegerischer Kompetenz**

**In der intensivmedizinischen Patientenversorgung bestehen für die Pflege deutlich über die pflegerischen Maßnahmen im engeren Sinne hinausgehende Anforderungen. Die entsprechende Qualifikation ist im Zentrum für Intensivmedizin in Form der abgeschlossenen Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege oder vergleichbarer Abschlüsse 24/7 vorzuhalten. Dies entspricht den Anforderungen im Hinblick auf die Besonderheiten der**

**intensivpflegerischen  
Patientenversorgung als auch auf die  
im Zentrum für Intensivmedizin rund  
um die Uhr abrufbaren  
intensivpflegerischen  
Beratungsleistungen.**

**Buchstabe e - 24 stündige  
Aufnahmebereitschaft für akut  
intensivmedizinische Fälle  
Die unmittelbare und zielgerichtete  
Aufnahme von kritisch erkrankten  
Patientinnen und Patienten auf eine  
entsprechend ausgestattete Inten-  
sivstation ist vor dem Hintergrund der  
Vulnerabilität dieser Patientengruppe  
von besonderer Bedeutung für den  
weiteren Erkrankungsverlauf. Die  
Aufnahme von akut  
intensivmedizinisch zu versorgenden  
Patienten ist im Zentrum für  
Intensivmedizin rund um die Uhr  
gewährleistet. Aufgrund des im  
Zentrum 24/7 verfügbaren  
qualifizierten Personals im ärztlichen  
wie auch im pflegerischen Dienst ist  
die 24 stündige Aufnahmebereitschaft  
gewährleistet. Dies gilt auch für die  
Übernahme von Patientinnen und  
Patienten anderer Krankenhäuser.**

**Buchstabe f - Fachärztinnen und  
Fachärzte mit Zusatzbezeichnung  
Intensivmedizin  
Die Vorhaltung eines hohen Anteils an  
Ärztinnen und Ärzten mit der  
Zusatzbezeichnung Intensiv- medizin  
im Zentrum gewährleistet eine über  
die tägliche Präsenz entsprechend  
qualifizierter Ärz- tinnen und Ärzte auf  
der Intensivstation hinaus- gehende  
bedarfsorientierte Verfügbarkeit in  
Form von Ruf-/ Hintergrunddiensten  
sowohl für die Patientenversorgung  
als auch für Beratungs- leistungen. Die  
ärztliche Leitung des Zentrums ist  
hierbei nicht inkludiert. Für Zentren  
mit speziellen  
Versorgungsschwerpunkten kann eine  
hö- here Anzahl an Ärztinnen und**

**Ärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin erforderlich sein.**

**Buchstabe g - Verfügbarkeit infektiologi- scher/mikrobiologischer Kompetenz**

**Das Zentrum verfügt jederzeit über den Zugang zu infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz. Diese wird einzelfallbezogen konsiliarisch sowie in Form von regelmäßig stattfindenden infektiologischen/mikrobiologischen Visiten im Zentrum in die Patientenbehandlung integriert. Sie steht darüber hinaus als wichtiger Bestandteil des Zentrums für Intensivmedizin anderen Krankenhäusern beratend zur Verfügung.**

**Buchstabe h - Verfügbarkeit klinisch-pharmazeutischer Kompetenz**

**Eine klinische Pharmakologin oder Pharmakologe/Apothekerin oder Apotheker/Pharmazeutin oder Pharmazeut steht dem Zentrum für Intensivmedizin jederzeit konsiliarisch zur Verfügung. Darüber hinaus nimmt sie oder er im Zentrum regelmäßig (mindestens 1x wöchentlich) an Visiten teil. Die klinisch-pharmazeutische Kompetenz wird auch für andere Krankenhäuser im Rahmen der Beratungsleistung durch das Zentrum für Intensivmedizin nutzbar gemacht.**

**Buchstabe i - Einsatzbereiche am Standort**

**Die Komplexität und die Vielzahl an intensivmedizinischen Diagnosen erfordern eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen an der Intensivmedizin Beteiligten Fachbereichen. Zentren, welche eine beratende Funktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen, weisen mit der Erfüllung**

dieser Anforderung eine herausragende Expertise nach.

**Buchstabe j - Vorhaltung eines Abholdienstes**

**Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) wird vor allem in der Intensivmedizin bei akutem Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) eingesetzt und Bedarf eines erfahrenen Teams. Das Intensivmedizinische Zentrum kann somit auch Krankenhäuser des Netzwerks beraten.**

**Buchstabe k - Vorhaltung einer Weaning-Einheit**

**Die invasive Beatmung stellt einen wichtigen Teil des Behandlungsspektrums eines Zentrums für Intensivmedizin dar. Verbesserte Verfahren bei Behandlungsmöglichkeiten bspw. bei Organversagen oder zunehmende Morbidität bedingt die Anzahl der schwer zu entwöhnenden Patientinnen und Patienten. Um hier eine angemessene Expertise nachzuweisen, muss das Zentrum für Intensivmedizin eine Weaning-Einheit vorhalten. Die Leitung übernimmt eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.**

**Buchstabe l - Verfügbarkeit**

**interventioneller (neuro-)radiologischer Verfahren  
Der Einsatz interventioneller Verfahren kann bei Vorliegen bestimmter Krankheitsbilder und Konstellationen das Mittel der Wahl sein. Wichtig im Bereich der Intensivmedizin ist hierbei oft die Durchführung innerhalb eines kurzen Zeitfensters. Am Standort des Zentrums für Intensivmedizin sind**

die technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen zur Durchführung interventioneller (neuro-)radiologischer Verfahren verfügbar. Bei Vorliegen entsprechender Indikationen können diese der jeweils vorliegenden Situation entsprechend kurzfristig erbracht werden.

**Buchstabe m - Vorhaltung einer Krankenhausapotheke**  
Die Vorhaltung einer Krankenhausapotheke am Standort des Zentrums für Intensivmedizin gewährleistet neben der kurzfristigen Verfügbarkeit klinisch pharmazeutischer Kompetenz die kurzfristige und flexible Zurverfügungstellung auch von speziellen Medikamenten. Darüber hinaus können bei fehlender Verfügbarkeit von geordneten Medikamenten alternative medikamentöse Therapieoptionen erörtert und unkompliziert in die Wege geleitet werden.

**Buchstabe n - Verfügbarkeit einer spezialisierten Palliativversorgung**

Eine spezialisierte Palliativmedizinerin sowie eine Palliative Care-Pflegefachkraft stehen dem Zentrum für Intensivmedizin jederzeit konsiliarisch zur Verfügung. Diese wird einzelfallbezogen konsiliarisch sowie in Form von regelmäßig stattfindenden palliativmedizinischen Visiten im Zentrum in die Patientenbehandlung integriert. Sie stehen darüber hinaus als wichtiger Bestandteil des Zentrums für Intensivmedizin anderen Krankenhäusern beratend zur Verfügung.

**Buchstabe o - Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention** Sowohl für intensivmedizinische Patientinnen und Patienten wie ihre Angehörigen stellt

<p>die Behandlungssituation im intensivmedizinischen Setting per se in Verbindung mit der in der Regel bestehende Schwere der Erkrankung eine besondere psychische Belastung dar. Insbesondere Entscheidungen, die zur Einstellung intensivmedizinischer Maßnahmen führen aber auch die Perspektive des Verbleibens dauerhafter Einschränkungen stellen Krisensituationen dar, die einer psychologischen Expertise bedürfen. Darüber hinaus erfordert auch die in vielerlei Hinsicht besondere Belastung der Arbeit auf der Intensivstation das Angebot einer psychologischen Begleitung für das intensivmedizinische Personal.</p>	

### 1. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

(1) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 29.12.2022)

(2) Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S. et al. Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 47, 1415–1425 (2021).  
<https://doi.org/10.1007/s00134-021-06544-6>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin</b>		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 27.02.2023 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Wir nehmen teil.</b>
<del>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</del>	<del>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</del>	<del>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein</del>
<del>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</del>	<del>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</del>	<del>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein</del>

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), PD Dr. med. Martin Ebinger, Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), PD Dr. Thekla v. Kalle Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Prof. Dr. Dominik Schneider
21.12.2022

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung** ..... 1
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 2

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Zu Unterpunkt i) (S.32) „12 der folgenden	Zur fachgerechten Betreuung von Kindern erforderlich.

<p>Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <p>...Radiologie „</p> <p>Schlagen wir folgende Ergänzung vor:</p> <p>Radiologie, mit Schwerpunkt Kinderradiologie oder anderweitig nachgewiesener kinderradiologischer Expertise, wenn Kinder regelhaft intensivmedizinisch versorgt werden.</p>	

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</p>
<p><b>In Anlage 2 - Onkologische Zentren, § 1, nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:</b> 6 Die Tumorentität „Kinderonkologie“ muss nicht am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden sein; es ist ein Kooperationsvertrag zwischen Kinderonkologischer Einheit und dem Standort des</p>	<p>In der KiOnk-RL ist beschrieben, welche Kooperationspartner für die Kinderonkologischen Zentren in welcher Distanz zur Verfügung stehen müssen, so dass wir vorschlagen, auf eine maximale Distanzangabe zu verzichten (Streichung der Klammer []). Alleinstehende Kinderonkologische Zentren haben bereits etablierte Partnerkliniken/onkologische Partnerzentren, die oft nicht die nächstgelegene Klinik darstellen, sondern häufiger das nächstgelegene onkologische Zentrum, das selbst über eine Kinderonkologie verfügt, so dass die Wege in diesen Fällen länger als 15.000 m sind. Innerhalb solcher Kooperationen sind die Kinderonkologischen Belange deutlich effizienter und patientenfreundlicher organisierbar. Wenn an einer</p>

<p>Onkologischen Zentrums, [sowie eine räumliche Nähe von nicht mehr als <del>15000</del> 30000 m Luftlinie] vorzuweisen.</p>	<p>Distanzangabe festgehalten werden soll, dann schlagen wir vor, diese auf 30.000 m zu erhöhen.</p> <p>Die wesentlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Kinderonkologie werden in der KiOnk-RL beschrieben und bestehen in der Behandlung in Studien/Registern sowie der Nutzung der damit verbundenen Referenzdiagnostik. Diese sind nicht von Leistungen eines lokalen Tumorzentrums abhängig; auch erfolgt der fachliche Austausch über die Studienleitungen und deren Tumorboards und nicht primär lokal, wie es unten bei den tragenden Gründen beschrieben ist. Wird das Kinderonkologische Zentrum regulatorisch zu eng an das lokale Onkologische Zentrum gebunden, besteht die Gefahr, dass durch lokale Diagnostik und Beratung die spezifisch kinderonkologische Referenzdiagnostik vernachlässigt werden und es damit zu einer Qualitätseinbuße und Kostensteigerung führen könnte.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)</b>		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil.</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

[DIVI e.V. · Schumannstraße 2 · 10117 Berlin](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss  
z.H. Herrn Prof. Josef Hecken  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

22.12.2022

**Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie**

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,

vielen Dank für die Möglichkeit Stellung zu nehmen zu der Änderung der Zentrums-Regelungen: Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie. Das Präsidium der DIVI hatte sich bereits wiederholt für eine dauerhafte Aufnahme der Intensivmedizin in den G-BA Zentrenkatalog eingesetzt und ausgesprochen. Das DIVI-Präsidium begrüßt deshalb Ihre sehr wichtige Initiative zur Einbindung von eigenständigen Intensivzentren in den G-BA Zentrenkatalog ausdrücklich.

Die zukunftsfähige Gestaltung der postpandemischen Intensivmedizin in Deutschland ist insbesondere durch nachfolgende Eckpunkte begründet:

1. Unterstützung der zeitnahen Implementierung evidenzbasierter Medizin und optimierter datengestützter Erkenntnisgewinn
2. Bereitstellung von medizinischer Expertise in der ganzen Breite der Medizin durch Universitätskliniken/Maximalversorger zum Wohle und zur Sicherheit von Patient\*innen
3. Effiziente Überlaufmechanismen für Phasen überdurchschnittlicher Ressourcenauslastung
4. Intensivmedizinische Telemedizin zur ortsnahen Verfügbarkeit von notwendigem vertieftem Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtige Patient\*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk

Im Vordergrund steht dabei die jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, die strukturell den Zentren zugrunde gelegt werden. Die Intensivmedizin ist in entscheidenden Aspekten der Behandlung parameterfokussiert und daher für Telemedizin besonders geeignet. Durch intensivmedizinische Telemedizin kann notwendiges vertieftes Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger Patient\*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnahe verfügbar gemacht werden. Dieses spezielle Expertenwissen ist zur optimalen Behandlung insbesondere von komplexeren Krankheitsverläufen erforderlich. Derzeit sind entsprechende Kenntnisse und Erfahrungswerte jedoch noch stark in Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung konzentriert.

Das Potential für einen proaktiven Telemedizinansatz in der Intensivmedizin zur Versorgungsgestaltung ist über die Pandemie hinausgegeben. Gründe hierfür sind zum einen Vorhaltungen von Bund und Ländern für Katastrophenfälle (u.a. Pandemie, MANV), zum anderen ist durch den telemedizinischen Ansatz ein strukturierter Dialog zur intensivmedizinischen Qualität auf evidenzbasierten Anforderungen und Entscheidungen möglich. Dies umfasst neben den akuten intensivmedizinischen Sicherheitsbelangen der Patienten auch patientenzentrierte Langzeitoutcomes durch strukturierte Nachsorge.

Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, reduziert unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten und ermöglicht ortsnahe Versorgung auf höchstem Niveau. Gerade dieser Aspekt der Skalierung von Spitzenmedizin in der Breite ist zukunftsweisend auch in pandemieunabhängigen Zeiten in der regionalen Krankenversorgungsstruktur auch für andere Fachbereiche. Deswegen unterstützt die DIVI, dass mittels Zentren für Intensivmedizin Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend und auch telemedizinisch dauerhaft angeboten wird. Durch Zentren für Intensivmedizin wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht.

Im Unterschied zum bisherigen Zentrumsdenken, in dem die spezialisierte Behandlung von speziellen Erkrankungen oder von erkrankten Organen oder Organsystemen im Vordergrund stand, - besteht eine solche Zuordnung im Rahmen klassischer einzeldisziplinspezifischer Erkrankungs- und Organfokussierung nicht. Vielmehr ist für eine qualitativ höchstwertige Behandlung schwerstkranker Intensivpatienten eine hohe interdisziplinäre fächerübergreifende Expertise in der ganzen Breite der zugrundeliegenden Entitäten erforderlich. Beispielhaft seien hier das spezielle interdisziplinäre Behandlungsspektrum der Intensivmedizin bei schwersten lebensbedrohenden Erkrankungen der unterschiedlichsten Ursachen zu nennen. Dafür muss sowohl die Intensivtherapie als auch die gleichzeitige Behandlung der Grunderkrankung sowohl auf höchstem medizinischem Niveau als auch interdisziplinär und interprofessionell abgestimmt werden. Wir verweisen dazu explizit auf die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ die jüngst von der DIVI auf dem Boden wissenschaftlicher Evidenz ausgesprochen wurden. Darin sind starke Empfehlungen zur erforderlichen Ausstattung der Krankenhäuser, insbesondere auch zur Vorhaltung von Fachexpertise formuliert.

Deshalb ist es aus Sicht der DIVI erforderlich, dass Zentren für Intensivmedizin eigenständig und übergreifend ausgewiesen werden, um sich an den vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen zu orientieren.

Aus Sicht der DIVI ist es wichtig, dass die Einrichtung von Intensivzentren komplementär zu den Vorschlägen in der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung durchgeführt wird. Aus Sicht der DIVI sollten Intensivzentren lediglich in Krankenhäusern der Level III und Level IIIU (Universitätsmedizin) eingerichtet werden.

Die DIVI möchte noch auf eine spezielle Indikation hinweisen. Aufgrund der besonders hohen fachspezifischen Expertise sollten die telemedizinischen Schlaganfallnetzwerke neben eigenständigen Zentren für Intensivmedizin weiterhin bestehen bleiben, um die fach- und zeitkritische Versorgung dieser Patientengruppe durch die schon bestehenden Strukturen weiter zu sichern.

Der G-BA Zentrenbeschluss stellt neben erforderlichen bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen auf besondere Aufgabe nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung aufgrund außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ab und ist somit hervorragend geeignet, die aus unserer Sicht erforderliche Struktur im Rahmen der GKV-Regelversorgung rechtssicher und dauerhaft abzubilden.

Die vorgeschlagenen Qualitätsanforderungen in §1 und besondere Aufgaben in §2 sind anspruchsvoll, werden von der DIVI überwiegend als angemessen eingeschätzt. Es bestehen seitens der DIVI hier folgende Änderungs- und Ergänzungswünsche:

#### §1 1. Strukturelle Anforderungen Buchstabe a – Spezielle Vorhaltung:

Aufgrund der Tatsache, dass die DIVI die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ gerade aktualisiert hat, empfehlen wir eine Orientierung an den neuen Empfehlungen der DIVI bzgl. der personellen, infrastrukturellen, apparativen und sonstigen Ausstattung der Intensivmedizin

- Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Kurzfassung)  
<https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlungen-intensivstationen-kurzversion.pdf>
- Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Langfassung)  
<https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlungen-intensivstationen-langversion.pdf>

#### §1 Buchstabe k: Vorhaltung einer Weaning-Einheit

Aufgrund der Tatsache, dass nur einige Universitätskliniken eine eigene Weaning-Einheit vorhalten sollte es auch möglich sein, dass zusätzlich anerkannt wird, wenn ein Kooperationsvertrag/Verlegungs-SOP's mit einem oder mehreren externen Weaning-Einheiten besteht

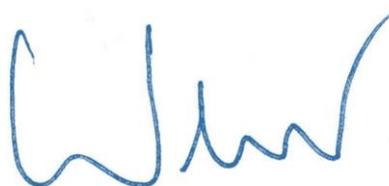
inklusive einer telemedizinischen Anbindung zwischen Intensivzentrum und externer Weaning-Einheit

Das Präsidium der DIVI unterstützt mit den genannten Änderungswünschen in vollem Umfang die Position B Ihres Vorschlages.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Gernot Marx  
Präsident



Prof. Dr. Felix Walcher  
Präsident elect



Prof. Dr. Uwe Janssens  
Past-Präsident



Prof. Dr. Florian Hoffmann  
Generalsekretär

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn
12.12.22

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite ..... 1**
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung ..... 1**
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren ..... 2**

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Anlage 2, Anforderungen an Onkologische Zentren:</p> <p>§4 besondere Aufgaben, Position B, Anlage 8: Punkt i:</p> <p>„12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <p>In der Liste: HNO oder MKG</p> <p>HNO und MKG müssen jeweils in einen eigenen Spiegelstrich platziert werden.</p>	<p>Es ist unverständlich, warum in der Reihe der genannten durchaus sehr klar differenzierten Fachbereiche die HNO-Heilkunde und die MKG-Chirurgie in einer „oder-Verbindung“ aufgeführt werden. Es handelt sich auch nach der Weiterbildungsordnung um 2 klar getrennte Fachbereiche, was auch in der Struktur von Lehrstühlen und Kliniken zum Ausdruck kommt. Wie in anderen Fachbereichen gibt es geringe fachliche Überschneidungen, es überwiegen jedoch sehr fachspezifische Kompetenzen, die auch in der onkologischen Betreuung zum Tragen kommen. Die Suggestion einer Austauschbarkeit geht somit an allen Realitäten vorbei und muss aufgelöst werden.</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 **27.02.2023** statt

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für Innerer Medizin (DGIM)

Deutsche Gesellschaft für internistische Notfall- und Intensivmedizin (DGIIN)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

23.12.2022

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlusentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7:** Telemedizinische Visite .....
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8:** Intensivmedizinische Versorgung .....
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** .....

Die beteiligten Gesellschaften sprechen sich gegen die Einrichtung spezifischer intensivmedizinischer Zentren in der vorgeschlagenen Form aus. Das betrifft sowohl die Position A (Änderungen der Anlage 3,5,6 und 7) wie auch die Position B (Anlage 8).

Eine an organspezifische Zentren gebundene intensivmedizinische Kompetenz (Position A) kann den notwendigen Anforderungen an ein **interdisziplinäres** intensivmedizinisches Zentrum angesichts der komplexen, lebensbedrohlichen Erkrankungen nicht gerecht werden.

Ebenso ist der in der Anlage 8. - „Intensivmedizinische Versorgung“ vorgestellte Vorschlag nicht geeignet, eine umfassende, die unterschiedlichen Fachdisziplinen repräsentierende medizinische Kompetenz und Qualität, insbesondere auch in Form von telemedizinisch durchgeführten Beratungen und Visiten zu gewährleisten.

Intensivmedizin erfordert gerade für internistische, aber auch für neurologische Krankheitsbilder weit mehr als die intensivmedizinische Sicherung vitaler Funktionen, setzt schnell, ja sofortig verfügbare, differenzierte, differentialdiagnostische, fachärztliche Kenntnisse in der Akutsituation schwerkranker Patientinnen und Patienten voraus. Auch in der Position B ist dies strukturell nicht gewährleistet.

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften berücksichtigen dabei, dass derzeit in der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ an einem entsprechenden Konzept gearbeitet wird, das intensivmedizinische Zentren in die bisher vorliegenden Konzepte für Kliniken mit höchstem Versorgungslevel integrieren wird. Parallele Aktivitäten halten wir nicht für sinnvoll.

Schon jetzt bestehen auf regionaler Ebene Netzwerke (z.B. Schlaganfallnetzwerke, Herzinfarktnetzwerke) zwischen Versorgungs-Krankenhäusern und intensivmedizinischen „High-Tech“ Einheiten (fast ausschließlich universitär), die für fachspezifische und krankheitsorientierte Versorgungssicherheit sorgen. In neuen Konzepten müssen diese funktionierenden Strukturen abgebildet sein, die durch Einrichtung spezifischer intensivmedizinischer Zentren in der vorgeschlagenen Form sowohl Position A (Änderungen der Anlage 3,5,6 und 7) wie auch die Position B (Anlage 8) nicht berücksichtigt, unter Umständen ökonomisch benachteiligt und daher bedroht wären.

### **Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung**

Deutsche Gesellschaft für Innerer Medizin (DGIM)		
Deutsche Gesellschaft für internistische Notfall- und Intensivmedizin (DGIIN)		
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)		
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI)
30.12.2022

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlusentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**..... 1
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 3

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die DGAI lehnt die Position A; Änderung der Anlagen 3, 5 6 und 7 ab.	

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die DGAI begrüßt ausdrücklich die Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung	Die zukunftsfähige Gestaltung der postpandemischen Intensivmedizin in Deutschland ist insbesondere durch nachfolgende Eckpunkte begründet:  1. Unterstützung der zeitnahen Implementierung evidenzbasierter Medizin und optimierter datengestützter Erkenntnisgewinn  2. Bereitstellung von universitärer medizinischer Expertise in der Breite der Krankenhauslandschaft zum Wohle und zur Sicherheit von Patient*innen  3. Effiziente Überlaufmechanismen für Phasen überdurchschnittlicher Ressourcenauslastung

**4. Intensivmedizinische Telemedizin zur ortsnahen Verfügbarkeit von notwendigem vertieftem Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtige Patient\*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk**

Im Vordergrund steht dabei die jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, die strukturell den Zentren zugrunde gelegt werden. Die Intensivmedizin ist parameterfokussiert und daher für Telemedizin besonders geeignet. Durch intensivmedizinische Telemedizin kann notwendiges vertieftes Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger Patient\*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnah verfügbar gemacht werden. Dieses spezielle Expertenwissen ist zur optimalen Behandlung insbesondere von komplexeren Krankheitsverläufen erforderlich. Derzeit sind entsprechende Kenntnisse und Erfahrungswerte jedoch noch stark in Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung konzentriert.

Das Potential für einen proaktiven Telemedizinansatz in der Intensivmedizin zur Versorgungsgestaltung ist über die Pandemie hinausgegeben. Gründe hierfür sind zum einen Vorhaltungen von Bund und Land für Katastrophenfälle (u.a. Pandemie, MANV), zum anderen sind durch den telemedizinischen Ansatz strukturierter Dialog zur Qualität der Intensivmedizin auf evidenzbasierten Anforderungen und Entscheidungen möglich. Dies umfasst neben den akuten intensivmedizinischen Sicherheitsbelangen der Patienten auch patientenzentrierte Langzeitoutcomes durch strukturierte Nachsorge.

Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, reduziert unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten und ermöglicht ortsnahe Versorgung auf universitärem Niveau. Gerade dieser Aspekt der Skalierung von Spitzenmedizin in der Breite ist zukunftsweisend auch in pandemieunabhängigen Zeiten in der regionalen Krankenversorgungsstruktur auch für andere Fachbereiche. Deswegen unterstützt die DGAI, dass mittels Zentren für Intensivmedizin Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend und auch telemedizinisch dauerhaft angeboten wird. Durch Zentren für Intensivmedizin wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht. Sie tragen signifikant zur Stärkung der Krisenresistenz bei, insbesondere bei überregionaler Knappheit von freien Betten durch Ressourcenüberlastung oder Ausfall von Kliniken, wie beispielsweise im Rahmen der Hochwasserkatastrophe 2021. Das in solchen Szenarien etablierte Kleeblattsystem ergänzt diese Krisenresistenz und dient der Vermeidung von Triagenotwendigkeiten. Ergänzt werden diese Strukturen durch telemedizinische Angebote. Nur so kann man der nachgewiesenen versorgungsverbessernden intensivmedizinischen Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten, auch bei Mangellagen qualitätsgesichert gerecht werden.

Eine Zuordnung im Rahmen klassischer einzeldisziplinspezifischer Erkrankungs- und Organfokussierung wird aber nicht der grundsätzlich für eine qualitätsgesicherte Behandlung schwerstkranker Intensivpatienten erforderlichen Ausrichtung auf die hohen interdisziplinären fächerübergreifenden Anforderungen gerecht. Intensivmedizinisch kompetent zu behandeln sind schwerste lebensbedrohende Indikationen wie z. B. Beatmung, akutes Lungenversagen und Sepsis gehören stets zum speziellen interdisziplinären Behandlungsspektrum der Intensivmedizin.

Deshalb ist es aus Sicht der DGAI erforderlich, dass Zentren für Intensivmedizin eigenständig und übergreifend ausgewiesen werden, um

	<p>sich an den vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen zu orientieren.</p> <p>Der GBA Zentrenbeschluss stellt neben erforderlichen bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen auf besondere Aufgabe nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung aufgrund außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ab und ist somit hervorragend geeignet, die aus unserer Sicht erforderliche Struktur im Rahmen der GKV Regelversorgung rechtssicher und dauerhaft abzubilden.</p> <p>Die vorgeschlagenen Qualitätsanforderungen in §1 und besondere Aufgaben in §2 sind anspruchsvoll, werden von der DGAI als absolut angemessen eingeschätzt. Es bestehen seitens der DGAI hier keine Änderungs- und Ergänzungswünsche.</p>
--	---

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin DGAI		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil Prof. Dr. Bernhard Zwißler
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

<p>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.</p> <p>Federführend:          Prof. Dr. Tobias Wengenmayer, Freiburg im Breisgau          Prof. Dr. Marcus Hennersdorf, Heilbronn</p> <p>Co-Autor:          Prof. Dr. Dr. Markus Ferrari, Wiesbaden          Prof. Dr. Volker Schächinger, Fulda          Prof. Dr. Christian Schulze, Jena</p>
<p>22.12.2022</p>

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung** ..... 2
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 3

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Die Position wird abgelehnt	<p>Position A knüpft an die Durchführung von telemedizinischen <b>intensivmedizinischen</b> Visiten Vorgaben, die vom jeweiligen Zentrum (Herzzentrum, Traumazentrum, Neurovaskuläres Zentrum, Lungenzentrum) erfüllt werden müssen. Diese Vorgaben umfassen ausschließlich intensivmedizinische Parameter, die in den seltensten Fällen von einem Fachzentrum getroffen werden könnten. Unter anderem werden 30 High Care ICU Betten und ein 24/7 ECMO Abholdienst gefordert.</p> <p>Für ein „Herzzentrum“ sind die Anforderungen so hoch, dass nur wenige Zentren diese erfüllen können. Zum Beispiel umfasst diese Definition auch</p>

	<p>die Möglichkeit der Implantation von LVAT/RVAD/TAH und eine Kinderherzmedizin oder Herztransplantationsmedizin. Insbesondere können nicht-universitäre Häuser die Position A nahezu in keinem Fall erfüllen. Da die Gesamtanforderungen nur wenige Zentren in Deutschland erfüllen können, wird auch die telemedizinische <b>intensivmedizinische</b> Visite kaum angeboten werden können.</p>
--	---

## 2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung

### In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Die Position solle abgeändert werden.</p>	<p>Position B votiert für die Bildung von intensivmedizinischen Zentren. Im Wesentlichen werden hier die gleichen Voraussetzungen genannt, die Position A als Voraussetzung für die Durchführung von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten nennt. Im Unterschied zu Position A ist wird hier die telemedizinische <b>intensivmedizinische</b> Visite ausschließlich vom intensivmedizinischen Zentrum durchgeführt und ist eine fakultative Leistung. Die technischen Voraussetzungen zur Durchführung einer solchen Visite erscheinen angemessener als bei Position A.</p> <p>In Deutschland bestehen vielfach, gerade an den Maximalversorgern, eigenständige anästhesiologische und internistische Intensivstationen, was Vorteile hinsichtlich der Behandlung der Grunderkrankungen bietet. Die erforderliche Kapazität von 30 High Care Betten zur Bildung eines intensivmedizinischen Zentrums könnte durch die Quervernetzung – aber nicht Fusion - von Intensivstationen (bspw. Anästhesie und Innere Medizin) und der resultierenden Kooperation erreicht werden, was prinzipiell zu befürworten ist.</p> <p>Um eine angemessene Anzahl von verfügbaren Telemedizinstandorten zu rekrutieren, sollte die 24/7 Bereitschaft und das Vorhandensein von bestimmten Merkmalen (Herzchirurgie, ECMO Abholdienst, interventionelle Radiologie) als Kooperation gelöst werden können.</p> <p>Im Detail hieße dies:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.i.: ...am Standort mindestens mit Facharztstandard oder mit vertraglich festgelegter Kooperation...</li> <li>- 1.j.: Einschränkung auf vv-ECMO</li> <li>- 1.k.: Weaning-Einheit: Diese sollte in Kooperation zu akzeptieren sein. Es gibt ja bereits zertifizierte Weaningzentren, die also auch aufgrund der dort herrschenden Expertise genutzt werden sollten. Diese Expertise wird eine „Weaning-Einheit“ nicht liefern können</li> </ul>

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Der Änderungsvorschlag wird angenommen	Eine Kinderonkologie muss nicht am Standort des Onkologisches Zentrums vorgehalten werden. Eine Kooperation mit einer kinderonkologischen Einheit ist ausreichend. Der Abstand von 15km Luftlinie erscheint arbiträr gewählt.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie

<b>Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)</b>
01.01.2023

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).

1. [Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite](#) ..... 1
2. [Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung](#) ..... 1
3. [Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren](#) ..... 2

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungs-vorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><a href="#">Anlage 5</a></p> <p><b>§1, Abs. 7, Nr. 3:</b></p> <p>Konkretisierung oder Streichung des Satzes „es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert“</p>	<p>Eine einheitliche externe Qualitätssicherung der deutschen Intensivstationen existiert bislang nicht. Es gibt gleichwohl verschiedenste Ansätze unterschiedlicher Stakeholder, eine solche durchzuführen, die jedoch nicht evaluiert sind. Insofern sollte der Punkt, was unter „externer QS“ verstanden wird, konkretisiert werden.</p> <p>Gleiches gilt für den Punkt der „evidenzbasierten Standards.“ Auch hier sollte konkretisiert werden, was darunter verstanden wird.</p>
<p><b>§1, Abs. 8, Nr. 1:</b></p> <p>Streichung des Satzes</p>	<p>Es ist fachlich nicht nachvollziehbar, dass die „Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020“ eine Voraussetzung für die Übernahme von telemedizinischen Leistungen eines Herzzentrums ein soll. Dieses inhaltliche Relikt aus Zeiten einer hoffentlich überwundenen Pandemie sollte entfernt werden.</p>
<p><b>§2, Nr. 5b:</b></p> <p>Streichung des Begriffs des</p>	<p>Es ist unverständlich, wenn Herzzentren intensivmedizinische telemedizinische Visiten für Patientinnen und Patienten anderer</p>

„mobilen telemedizinischen audio-visuellen Unterstützungssysteme“	Krankenhäuser „mittels eines mobilen telemedizinischen audio-visuellen Unterstützungssystems“ erbringen sollen, diese technische Voraussetzung für die Zentren für Intensivmedizin nach Anlage 8 aber nicht vorgesehen sind
---	---

## 2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung

In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Allgemeine Vorbemerkung</b>	<p>Es spricht prinzipiell nichts gegen die Einführung eigener Zentren für Intensivmedizin. Diesbezüglich könnte es jedoch sinnvoll sein, zunächst eine Folgenabschätzung vorzunehmen, wie viele Einrichtungen in Deutschland die Anforderungen erfüllen können, um zu vermeiden, daß die Regelung zu Versorgungslücken führt.</p> <p>Es spricht allerdings nichts dafür, die Möglichkeit der anderen Zentren, ggf. intensivmedizinische telemedizinische Leistungen als besondere Aufgabe zu übernehmen, zu streichen. Diese Möglichkeit sollte im Gegenteil erhalten bleiben, um die in den anderen Zentren unzweifelhaft vorhandene Expertise für besondere, fach- und/oder organbezogene Fragestellungen weiter nutzen zu können.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit a)</b></p> <p>Ergänzung bzw. Korrektur des Satzes „Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010.“</p>	<p>Seit November 2022 liegen neue Empfehlungen der DIVI vor, die daher in diesem Kontext verwendet werden sollten. Der entsprechende Passus im Satz sollte daher lauten:</p> <p>„ ... Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen <b>2022</b>“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom <del>30.11.2010</del> <b>28.11.2022</b>.“</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit b)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der Leitung des Zentrums um den pflegerischen Anteil</p>	<p>Die Beschreibung der Leitung des Zentrums sollte nicht nur die Qualifikation der Ärzte berücksichtigen, sondern auch die Anforderungen an die Qualifikation der Leitung des Pflegedienstes.</p> <p>Die DIVI hat in ihren Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 folgende Formulierung gefunden: „Die Stationsleitung einer Intensivstation soll über die Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ oder „Intensivpflege“ und zusätzlich möglichst</p>

	<p>über ein abgeschlossenes Studium im Bereich der Pflege, mindestens aber eine staatlich anerkannte Weiterbildung zur Leitung einer Station verfügen.“</p> <p>Wir empfehlen eine sinngemäße Übernahme der Formulierung.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit f)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der Vorhaltung von intensivmedizinisch qualifiziertem ärztlichem Personal um den pflegerischen Anteil</p>	<p>Wenn man die Vorhaltung von intensivmedizinisch qualifiziertem ärztlichem Personal mit 15 Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin am Standort vorgibt, sollte dies um die entsprechenden Voraussetzungen für das Pflegepersonal ergänzt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das in Anlage 8 beschriebene Zentrum für Intensivmedizin mindestens die Kriterien der Stufe 3 der DIVI Empfehlung von 2022 erfüllen muss.</p> <p>Legt man daher die DIVI-Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 zugrunde, könnte der zu ergänzende Satz lauten: „Für jedes betreibbare Intensivbett sollte pro Schicht 1 Pflegefachperson zur Verfügung stehen. Zudem soll der Anteil an Pflegefachpersonen mit der zusätzlichen Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ oder „Intensivpflege“ in jeder Schicht mindestens 30% des Pflegeteams der Intensivstation betragen.“</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit g)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der täglichen Verfügbarkeit infektologischer/mikrobiologischer</p>	<p>Diese Formulierung lässt Interpretationsspielräume offen, da nicht genau spezifiziert ist, wie die geforderte „Kompetenz“ vollumfänglich erfüllt wird. Ferner erschließt sich nicht warum unter g) die „tägliche Verfügbarkeit“ jedoch unter h) nur die „Verfügbarkeit“ gefordert wird.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit i)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der Einsatzbereiche, die am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar sind</p>	<p>Aus dieser Formulierung erschließt sich nicht, was unter einem „Einsatzbereich“ zu verstehen ist; z.B., ob es hier um Fachabteilungen, Abteilungen, Kliniken, Institute oder andere Organisationsformen handeln soll.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit j)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO)</p>	<p>Der Begriff „ECMO“ sollte näher konkretisiert werden, z.B. „vvECMO“ oder „vECMO und vaECMO“ oder „mit Indikation zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) oder extrakorporalen Herz-Kreislaufunterstützung (ECLS)“.</p>
<p><b>§ 1, Nr. 1, lit k)</b></p> <p>Streichen des Satzes</p>	<p>Hier stellt sich die Frage, ob das Vorhandensein einer Weaning-Einheit tatsächlich eine zwingende Strukturanforderung darstellt oder nicht. Zumindest in der unlängst veröffentlichten „Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022“ der DIVI ist dies kein</p>

	zwingendes Strukturmerkmal einer Intensivstation
--	--

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)</b>		
Die Anhörung findet voraussichtlich am <b>27.02.2023</b> statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil

An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
Unterausschuss Bedarfsplanung

Per Mail: [AufgabenZS@g-ba.de](mailto:AufgabenZS@g-ba.de)  
CC: [st-gba@awmf.org](mailto:st-gba@awmf.org)

Berlin, 02.01.2023

**Änderung der Zentrums-Regelungen: Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie**

**Stellungnahme gemäß § 136c Absatz 5 SGB von Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)**

**Ihr Schreiben vom 02.12.2022**

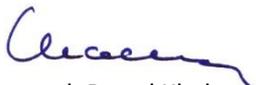
Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Teilnahme-Möglichkeit beim o. g. Stellungnahmeverfahren.  
Bitte finden Sie in der Anlage das ausgefüllte Formular 4.

An der Stellungnahme maßgeblich mitgewirkt haben:

Prof. Dr. Thomas Auhuber (Ausschuss Versorgung, Qualität und Sicherheit der DGOU),  
sowie PD Dr. Uwe Hamsen, PD Dr. Uwe Schweigkofler, Oliver Kamp, Dr. Heiko Trentzsch (Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung der DGU)

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Bernd Kladny  
Generalsekretär DGOU  
Generalsekretär DGOOC



Prof. Dr. med. Dietmar Pennig  
Stellv. Generalsekretär DGOU  
Generalsekretär DGU

Anlage: 4\_Formular\_Stellungnahme\_DGOU\_DGOOC\_DGU

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie
01.01.2023

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**..... 1
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 3

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>§1 Qualitätsanforderungen</b>	Bei den strukturellen Anforderungen an Intensivmedizinische Zentren für überregionale intensivmedizinische Schwerpunktversorgung wird die Möglichkeit zur Organersatztherapie am Standort gefordert. Dabei sollen sich die Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der Intensivstationen auch hinsichtlich von Nierenersatzverfahren an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der DIVI vom 30.11.2010 orientieren. In einer von der DIVI in 2022

<p><b>1. Strukturelle Anforderungen</b></p> <p>a) Vorhaltung einer überregionalen intensivmedizinischen Schwerpunktversorgung mit einer intensivmedizinischen, interdisziplinären Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie am Standort. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 <i>sowie an der S1-Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ (AWMF Registernummer 090 – 004).</i></p>	<p>aktualisierten Version der „Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022“ wurden die Anforderungen an die apparative Ausstattung von Intensivstationen hinsichtlich der Nierenersatzverfahren in einem 3-Stufenmodell weiter spezifiziert. In beiden DIVI Empfehlungen wird das Vorhalten von kontinuierlichen und intermittierenden oder nicht-kontinuierlichen Nierenersatzverfahren einschließlich CVVHD gefordert.</p> <p>Die DGfN weist darauf hin, dass eine nicht weiter spezifizierte Anforderung an ein pauschales Vorhalten kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren auf Intensivstationen ohne eine gleichzeitige Einbeziehung nephrologischer Fachexpertise in individualisierte Indikationsstellung, Verordnung und Durchführung spezifischer Nierenersatzverfahren medizinisch nicht zu vertreten ist.</p> <p>Das Spektrum kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren geht heute weit über die auf deutschen Intensivstationen bei akutem Nierenversagen in der Regel verwendeten CVVHF- und CVVHD-Verfahren hinaus. Das in Deutschland von Fachärztinnen und Fachärzten für Nephrologie bei der Behandlung akuter und chronischer Nierenerkrankungen regelmäßig zur Anwendung gebrachte breite Spektrum der Nierenersatzverfahren umfasst neben der intermittierenden Low-Flux und High-Flux-Hämodialyse auch die Postdilutions-, Prädilutions- oder Mixed-Dilutions-Hämodiafiltration, die erweiterte („expanded“) Hämodialyse (HDx), sowie verschiedene kontinuierliche und nicht-kontinuierliche Verfahren der akuten und chronischen Peritonealdialyse (APD, CAPD, CCPD, IPD, etc.).</p> <p>Bei einer Forderung nach einem pauschalen Vorhalten kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren muss sichergestellt sein, dass das gesamte Spektrum moderner Nierenersatzverfahren jederzeit verfügbar und von geschultem ärztlichen und pflegerischen Personal sachgemäß durchgeführt werden kann. Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner können durchaus Ausbildung und Erfahrung mit auf Intensivstationen oft etablierten kontinuierlichen Hämodialyseverfahren, wie CVVH und CVVHD, nachweisen, jedoch nicht mit den zahlreichen anderen Modalitäten der Nierenersatzverfahren.</p> <p>Ein Großteil dieser Verfahren, insbesondere intermittierende Hämodialyseverfahren und sämtliche Peritonealdialyseverfahren, sollten in intensivmedizinischen Zentren nur von Fachärzten und Fachärztinnen für Nephrologie sowie nephrologisch geschultem Fachpflegepersonal durchgeführt werden.</p> <p>Das gesamte Spektrum an Nierenersatzverfahren kann auf Intensivstationen nur unter Hinzuziehung ärztlicher und pflegerischer nephrologischer Fachexpertise angeboten werden. Hinsichtlich der Anforderungen an die personelle, organisatorische und apparative Ausstattung von Intensivstationen bei der Durchführung von kontinuierlichen und intermittierenden Nierenersatzverfahren wird auf die aktuelle S1-Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ (AWMF Registernummer 090 – 004) verwiesen.</p>
<p><b>§1 Qualitätsanforderungen</b></p>	<p>Basierend auf den oben angeführten Argumenten sollte das Vorhalten eines Facharztstandards Nephrologie ein Mindestkriterium sein für Intensivmedizinische Zentren, die das breite Spektrum kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatztherapie vorhalten und anbieten wollen.</p>

<p><b>1. Strukturelle Anforderungen</b></p> <p><b>i) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kardiologie,</li> <li>- Gastroenterologie,</li> <li>- <b>Nephrologie</b></li> <li>- Neurologie,</li> <li>- Hämatookologie,</li> <li>- Pulmonologie,</li> <li>- Anästhesiologie,</li> <li>- Pädiatrie,</li> <li>- Viszeral- und Transplantationschirurgie,</li> <li>- Unfallchirurgie,</li> <li>- Gefäßchirurgie,</li> <li>- Herzchirurgie,</li> <li>- Thoraxchirurgie,</li> <li>- Neurochirurgie,</li> <li>- Interventionelle Neuroradiologie,</li> <li>- Psychiatrie/Psychosomatik,</li> <li>- HNO oder MKG,</li> <li>- Plastische Chirurgie,</li> <li>- Radiologie.</li> </ul>	

**3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</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 **27.02.2023** statt

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
29.12.2022

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).

1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite ..... 1
2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung..... 11
3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren..... 20

1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>I. Die Zentrums-Regelungen werden wie folgt geändert: 1. Die Anlage 3 - Traumazentren wird wie folgt geändert:</b></p> <p><b>a) Dem § 1 wird folgender Absatz 5 angefügt:</b></p> <p><b>„(5) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 4.b) als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</b></p> <p><b>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte,</b></p> <p><b>bestehend aus der Summe des täglichen Simplified</b></p>	<p>Auf Intensivstationen werden regelmäßig sterbende Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelmäßig Patient:innen mit Symptomlast vor. Ebenso stehen oft schwierige Therapieentscheidungen am Lebensende an, so dass Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung essentiell wichtig ist. <b>(1,2)</b></p>

**Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,**

- 2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,**
- 3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,**
- 4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für**

<p>Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</p> <p>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein, und</p> <p>6. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss zur Unterstützung bei der Therapiezielfindung sowie für Fragen zur Symptomkontrolle bei Intensivpatientinnen oder Intensivpatienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen verfügbar sein.</p> <p>7. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.“</p>	
<p><b>3. Die Anlage 6 - Neurovaskuläre Zentren wird wie folgt geändert:</b></p> <p><b>a) Dem § 1 wird folgender Absatz 6 angefügt:</b></p>	<p>Auf Intensivstationen neurovaskulärer Zentren werden regelhaft sterbende Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patient:innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelhaft Patient:innen mit Symptomlast vor, so dass spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz zur Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung sowie zur Symptomlinderung essentiell notwendig ist. <b>(1,2)</b></p>

**„(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:**

- 1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation abgerechnet,**
- 2. Eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,**
- 3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen**

Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert,

4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,
5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und
6. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss zur Unterstützung bei der Therapiezielfindung sowie für Fragen zur Symptomkontrolle bei Intensivpatientinnen oder Intensivpatienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen verfügbar sein.
7. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.“

<p><b>Die Anlage 7 - Lungenzentren wird wie folgt geändert:</b></p> <p><b>1. a) § 1 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt geändert:</b></p> <p>aa) In Buchstabe d) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt und die Angabe „8-718.9“ gestrichen.</p> <p>bb) In Buchstabe g) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt.</p> <p><b>2. b) Dem § 1 werden folgende Absätze 6 und 7 angefügt:</b></p> <p><b>„(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</b></p> <p><b>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf</b></p>	<p>Auf Intensivstationen in Lungenzentren werden regelhaft sterbende Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelhaft Patient:innen mit Symptomlast vor, so dass Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung zur Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung und zur Symptomlinderung essentiell notwendig ist. <b>(1,2)</b></p>

der Intensivstation,  
abgerechnet,  
2. eine  
intensivmedizinische,  
interdisziplinäre  
Kapazität von  
mindestens 30 High-  
Care-Intensivbetten  
mit der Möglichkeit  
zur invasiven  
Beatmung und  
Organersatztherapie  
ist vorhanden; die  
personelle und  
apparative  
Ausstattung  
entspricht dabei den  
„Empfehlungen zur  
Struktur und  
Ausstattung von  
Intensivstationen“  
der Deutschen  
Interdisziplinären  
Vereinigung für  
Intensiv- und  
Notfallmedizin (DIVI)  
vom 30.11.2010,

3. es erfolgt eine externe  
Qualitätssicherung der  
Intensivstation und der  
Nachweis einer  
interdisziplinären,  
multiprofessionellen  
Patientenversorgung, die  
sich an evidenzbasierten  
Standards orientiert,  
4. ein Abholdienst für  
Patientinnen und Patienten  
mit extrakorporaler  
Membranoxygenierung  
(ECMO), bestehend aus  
mindestens einer Fachärztin  
oder einem Facharzt für  
Herzchirurgie oder  
Kardiologie oder  
Anästhesiologie sowie einer  
Kardiotechnikerin oder  
einem Kardiotechniker mit

<p>jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss zur Unterstützung bei der Therapiezielfindung sowie für Fragen zur Symptomkontrolle bei Intensivpatientinnen oder Intensivpatienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen verfügbar sein.</li> <li>6. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und</li> <li>7. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</li> </ol>	
<p><b>2.1.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgabe telemedizinische Visite)</b></p> <p>Bei der Durchführung der telemedizinischen Visite ist sicherzustellen, dass die im Rahmen des ERIC-Projekts festgelegten und erprobten Min-destanforderungen und Prozesse eingehalten werden. Dazu gehört insbesondere, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ein Visitenroboter oder ein vergleichbares mobiles telemedizinisches audiovisuelles Unterstützungssystem einge-</li> </ul>	<p>Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Symptombelastung sowie der erschwerten Therapiezielfindung bei Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen hier Erwähnung finden. <b>(1,2)</b></p>

<p>setzt wird, das die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absatz 9 Nummer 1 der Zentrums-Regelungen erfüllt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• an der multiprofessionellen, telemedizinischen Visite neben einer Fachärztin bzw. einem Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und einer Pflegefachperson bei Bedarf auch weitere Fachärztinnen oder Fachärzte (z.B. aus den Bereichen Infektiologie, Chirurgie, Neurologie oder Palliativmedizin) teilnehmen und die in den Anlagen 8 und 9 des Ergebnisberichts zum Projekt ERIC festgelegten Verfahrensanweisungen berücksichtigt werden [11].</li> </ul>	
<p><b>2.2.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgaben telemedizinische Leistungen)</b></p> <p><b>Bezüglich der Änderungen aa) und bb) siehe 2.1.2.</b></p> <p><b>Herzzentren sind auf die umfassende Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen und deren Komplikationen spezialisiert. Neben der Kardiologie ist insbesondere die Herzchirurgie und die Palliativmedizin gefordert und es werden verschiedene Qualitätsanforderungen formuliert, die Herzunterstützungssysteme und VA-ECMO Abholdienst beinhalten, die immer eine Transportplanung und vertiefte Kenntnisse über den zu behandelnden Patienten erfordern. Patientinnen und Patienten werden i.d.R. auf einer Intensivstation, d.h. unmittelbar von Intensivmedizinerinnen und Intensivmedizinern behandelt. Die Erkrankungen sind regelhaft mit Organkomplikationen vergesellschaftet (z.B. Multiorgan-Dysfunktionssyndrom) und grundsätzlich systemisch zu verstehen. Zum Beispiel führt ein Herzversagen häufig über die Minderperfusion von</b></p>	<p>Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Symptombelastung und bei der realistischen Therapiezielfindung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz analog zu den Leitlinien hier Erwähnung finden, da eine Visite ja auch das Ergebnis haben kann, ein palliatives Therapieziel gemeinsam festzulegen. Dann ist spezialisiertes „Know How“ zur Symptomkontrolle sehr hilfreich. (1,2)</p>

kritischen Organen wie Leber oder Niere zu einem Versagen dieser Organe. Telemedizinische Leistungen dienen dazu, Hochrisikopatientinnen und Patienten zu identifizieren und die Behandlung so zu gestalten, dass Organschäden möglichst vermieden werden. Dies kann sowohl die Beratung vor Ort, als auch den Transport in ein geeignetes Zentrum beinhalten. **Des Weiteren ist eine Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung sowie eine frühzeitige Beratung zur Symptomkontrolle bei symptombelasteten Patientinnen und Patienten mit im Rahmen der Visite vereinbarten palliativen Therapiezielen hilfreich.**

Bei der Änderung cc) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung des BMG-Hinweises (siehe 2.2.1).

### **2.3.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgabe telemedizinische Visite)**

**Neurovaskuläre Erkrankungen sind komplex und die Behandlung umfasst neben der Intensivmedizin Expertise der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Radiologie, Kardiologie und Palliativmedizin an einem Standort. Die telemedizinische Mitbehandlung durch Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner setzt die konsiliarische Verfügbarkeit aller Abteilungen voraus. Patientinnen und Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen haben ein sehr hohes Risiko für Langzeitfolgen und die Behandlung ist sehr zeitkritisch, da sonst irreversible Schäden drohen, die die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten einschränken. Die Verfügbarkeit einer telemedizinischen Mitbehandlung ist hier von besonderer Relevanz, um die konservative Therapie in der Frühphase der Behandlung zu verbessern und eine mögliche Intervention/Operation zeitgerecht planen und durchführen zu**

Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Therapiezielfindung und Symptombelastung von Patient:innen mit neurovaskulären Erkrankungen hier Erwähnung finden, da eine Visite ja auch das Ergebnis haben kann, gemeinsam ein palliatives Therapieziel gemeinsam festzulegen. Dann ist spezialisiertes palliativmedizinisches „Know How“ zur Symptomkontrolle sehr hilfreich. **(1,2)**

<p><b>können. Des Weiteren ist eine Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung sowie eine frühzeitige Beratung zur Symptomkontrolle bei symptombelasteten Patientinnen und Patienten mit im Rahmen der Visite vereinbarten palliativen Therapiezielen hilfreich.</b></p>	

## 2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung

In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>I. Den Anlagen wird folgende Anlage angefügt:</b></p> <p><b>„Anlage 8 - Zentren für Intensivmedizin §1 Qualitätsanforderungen</b></p> <p><b>1. Strukturelle Anforderungen</b></p> <p><i>Alternativvorschlag</i></p> <p><b>a) Vorhaltung einer überregionalen intensivmedizinischen Schwerpunktversorgung mit einer intensivmedizinischen, interdisziplinären Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie am Standort. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010.</b></p> <p><b>b) Leitung des Zentrums durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit</b></p>	<p>Neben mikrobiologischer und pharmazeutischer Kompetenz sollte auch spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz in einem Intensivzentrum verfügbar sein. Ca. 20 % der Patientinnen und Patienten sterben auf der Intensivstation, noch viel mehr sind lebenslimitiert erkrankt und damit potentielle Palliativpatient:innen mit Symptomlast. Neben den hochtechnisierten Verfahren sollte daher auch Kompetenz der spezialisierten Palliativversorgung zur Symptomkontrolle <b>und Unterstützung in der realistischen Therapiezielfindung</b> vorhanden sein. <b>(1,2)</b></p>

der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Die ärztliche Leitung des Zentrums verfügt über die Befugnis für die jeweilige Facharztweiterbildung und zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

c) 24/7-Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie.

d) 24/7-Verfügbarkeit intensivpflegerischer Kompetenz.

e) 24 stündige Aufnahmebereitschaft für intensivmedizinische Fälle.

f) Mindestens 15 Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin am Standort.

g) Verfügbarkeit von Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung

h) Tägliche Verfügbarkeit infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, auch in Kooperation möglich.

i) Verfügbarkeit klinisch-pharmazeutischer Kompetenz, auch in Kooperation möglich.

j) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:

- Kardiologie,  
Gastroenterologie,  
Neurologie,  
Hämatonkologie,  
Pulmonologie,
- Anästhesiologie,
- Pädiatrie,
- Viszeral- und  
Transplantationschirurgie,

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfallchirurgie,</li> <li>• Gefäßchirurgie,</li> <li>• Herzchirurgie,</li> <li>• Thoraxchirurgie,</li> <li>• Neurochirurgie,</li> <li>• Interventionelle Neuroradiologie,</li> <li>• Psychiatrie/Psychosomatik,</li> <li>• HNO oder MKG,</li> <li>• Plastische Chirurgie,</li> <li>• Radiologie,</li> <li>• Palliativmedizin</li> </ul> <p><b>k) 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit der Indikation zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO).</b></p> <p><b>l) Vorhaltung einer Weaning-Einheit unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Pneumologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.</b></p> <p><b>m) 24 stündige kurzfristige Verfügbarkeit interventioneller (neuro)radiologischer Verfahren.</b></p> <p><b>n) Vorhaltung einer Krankenhausapotheke mit 24/7-Erreichbarkeit, auch in Kooperation möglich.</b></p> <p><b>o) Werktägliche Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende.</b></p>	
<p><b>§ 1 Qualitätsanforderungen</b></p>	<p>Neben mikrobiologischer und pharmazeutischer Kompetenz sollte auch spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz in einem Intensivzentrum verfügbar sein. Ca. 20 % der Patientinnen und</p>

**Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsvoraussetzungen voraus.**

### **§ 1 Qualitätsanforderungen**

**Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsvoraussetzungen voraus.**

#### **1. Strukturelle Anforderungen**

**Buchstabe a - Spezielle Vorhaltung**  
Das Zentrum für Intensivmedizin hält mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit der invasiven Beatmung vor. Die Zahl von 30 Intensivbetten ist notwendig um eine entsprechende Erfahrung bei der intensivmedizinischen Versorgung zu gewährleisten. Zudem verfügen entsprechend große intensivmedizinische Einheiten über erforderliches Personal, um neben der Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten besonderen Aufgaben, insbesondere die tägliche Beratung anderer Krankenhäuser, übernehmen zu können. Das Zentrum für Intensivmedizin kann aus mehreren Intensivtherapiestationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten bestehen. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich dabei an den Anforderungen der „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.<sup>2</sup>

**Buchstabe b - Leitung des Zentrums durch einen FA mit Zusatzweiterbildung Fachärztinnen und Fachärzte, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ berechtigt sind, verfügen aufgrund der im Rahmen der**

Patienten sterben auf der Intensivstation, noch viel mehr sind lebenslimitiert erkrankt und damit potentielle Palliativpatient:innen mit Symptomlast und einer häufig komplexen Therapiezielfindung. Neben den hochtechnisierten Verfahren sollte daher auch Kompetenz der spezialisierten Palliativversorgung zur Symptomkontrolle vorhanden sein. (1,2)

**Weiterbildung erworbenen Kenntnisse über eine besonders fundierte intensivmedizinische Qualifikation und eine inhaltliche Fokussierung auf die Behandlung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten. Die entsprechende Qualifikation in der Leitungsfunktion hat nachweislich einen positiven Effekt in Form einer Reduzierung der Sterblichkeit, Verkürzung der intensivmedizinischen Liegezeit sowie einer Verringerung von Komplikationen.**

**Buchstabe c - 24/7-Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie**

**Aufgrund der Besonderheit intensivmedizinisch behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten ist eine „rund um die Uhr“ Verfügbarkeit von intensivmedizinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten in dem Zentrum für Intensivmedizin unabdingbar. Darüber hinaus muss das Zentrum für Intensivmedizin die qualifizierte Beratungsleistung für andere Krankenhäuser jederzeit durch eine erfahrene Intensivmedizinerin oder einen erfahrenen Intensivmediziner (mindestens Facharztstandard) erfüllen können.**

**Buchstabe d - 24/7-Verfügbarkeit intensivpflegerischer Kompetenz**

**In der intensivmedizinischen Patientenversorgung bestehen für die Pflege deutlich über die pflegerischen Maßnahmen im engeren Sinne hinausgehende Anforderungen. Die entsprechende Qualifikation ist im Zentrum für Intensivmedizin in Form der abgeschlossenen Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege oder vergleichbarer Abschlüsse 24/7 vorzuhalten. Dies entspricht den Anforderungen im Hinblick auf die Besonderheiten der**

**intensivpflegerischen  
Patientenversorgung als auch auf die  
im Zentrum für Intensivmedizin rund  
um die Uhr abrufbaren  
intensivpflegerischen  
Beratungsleistungen.**

**Buchstabe e - 24 stündige  
Aufnahmebereitschaft für akut  
intensivmedizinische Fälle  
Die unmittelbare und zielgerichtete  
Aufnahme von kritisch erkrankten  
Patientinnen und Patienten auf eine  
entsprechend ausgestattete Inten-  
sivstation ist vor dem Hintergrund der  
Vulnerabilität dieser Patientengruppe  
von besonderer Bedeutung für den  
weiteren Erkrankungsverlauf. Die  
Aufnahme von akut  
intensivmedizinisch zu versorgenden  
Patienten ist im Zentrum für  
Intensivmedizin rund um die Uhr  
gewährleistet. Aufgrund des im  
Zentrum 24/7 verfügbaren  
qualifizierten Personals im ärztlichen  
wie auch im pflegerischen Dienst ist  
die 24 stündige Aufnahmebereitschaft  
gewährleistet. Dies gilt auch für die  
Übernahme von Patientinnen und  
Patienten anderer Krankenhäuser.**

**Buchstabe f - Fachärztinnen und  
Fachärzte mit Zusatzbezeichnung  
Intensivmedizin  
Die Vorhaltung eines hohen Anteils an  
Ärztinnen und Ärzten mit der  
Zusatzbezeichnung Intensiv- medizin  
im Zentrum gewährleistet eine über  
die tägliche Präsenz entsprechend  
qualifizierter Ärz- tinnen und Ärzte auf  
der Intensivstation hinaus- gehende  
bedarfsorientierte Verfügbarkeit in  
Form von Ruf-/ Hintergrunddiensten  
sowohl für die Patientenversorgung  
als auch für Beratungs- leistungen. Die  
ärztliche Leitung des Zentrums ist  
hierbei nicht inkludiert. Für Zentren  
mit speziellen  
Versorgungsschwerpunkten kann eine  
hö- here Anzahl an Ärztinnen und**

**Ärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin erforderlich sein.**

**Buchstabe g - Verfügbarkeit infektiologi- scher/mikrobiologischer Kompetenz**

**Das Zentrum verfügt jederzeit über den Zugang zu infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz. Diese wird einzelfallbezogen konsiliarisch sowie in Form von regelmäßig stattfindenden infektiologischen/mikrobiologischen Visiten im Zentrum in die Patientenbehandlung integriert. Sie steht darüber hinaus als wichtiger Bestandteil des Zentrums für Intensivmedizin anderen Krankenhäusern beratend zur Verfügung.**

**Buchstabe h - Verfügbarkeit klinisch-pharmazeutischer Kompetenz**

**Eine klinische Pharmakologin oder Pharmakologe/Apothekerin oder Apotheker/Pharmazeutin oder Pharmazeut steht dem Zentrum für Intensivmedizin jederzeit konsiliarisch zur Verfügung. Darüber hinaus nimmt sie oder er im Zentrum regelmäßig (mindestens 1x wöchentlich) an Visiten teil. Die klinisch-pharmazeutische Kompetenz wird auch für andere Krankenhäuser im Rahmen der Beratungsleistung durch das Zentrum für Intensivmedizin nutzbar gemacht.**

**Buchstabe i - Einsatzbereiche am Standort**

**Die Komplexität und die Vielzahl an intensivmedizinischen Diagnosen erfordern eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen an der Intensivmedizin Beteiligten Fachbereichen. Zentren, welche eine beratende Funktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen, weisen mit der Erfüllung**

dieser Anforderung eine herausragende Expertise nach.

**Buchstabe j - Vorhaltung eines Abholdienstes**

**Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) wird vor allem in der Intensivmedizin bei akutem Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) eingesetzt und Bedarf eines erfahrenen Teams. Das Intensivmedizinische Zentrum kann somit auch Krankenhäuser des Netzwerks beraten.**

**Buchstabe k - Vorhaltung einer Weaning-Einheit**

**Die invasive Beatmung stellt einen wichtigen Teil des Behandlungsspektrums eines Zentrums für Intensivmedizin dar. Verbesserte Verfahren bei Behandlungsmöglichkeiten bspw. bei Organversagen oder zunehmende Morbidität bedingt die Anzahl der schwer zu entwöhnenden Patientinnen und Patienten. Um hier eine angemessene Expertise nachzuweisen, muss das Zentrum für Intensivmedizin eine Weaning-Einheit vorhalten. Die Leitung übernimmt eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.**

**Buchstabe l - Verfügbarkeit**

**interventioneller (neuro-)radiologischer Verfahren  
Der Einsatz interventioneller Verfahren kann bei Vorliegen bestimmter Krankheitsbilder und Konstellationen das Mittel der Wahl sein. Wichtig im Bereich der Intensivmedizin ist hierbei oft die Durchführung innerhalb eines kurzen Zeitfensters. Am Standort des Zentrums für Intensivmedizin sind**

die technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen zur Durchführung interventioneller (neuro-)radiologischer Verfahren verfügbar. Bei Vorliegen entsprechender Indikationen können diese der jeweils vorliegenden Situation entsprechend kurzfristig erbracht werden.

**Buchstabe m - Vorhaltung einer Krankenhausapotheke**  
Die Vorhaltung einer Krankenhausapotheke am Standort des Zentrums für Intensivmedizin gewährleistet neben der kurzfristigen Verfügbarkeit klinisch pharmazeutischer Kompetenz die kurzfristige und flexible Zurverfügungstellung auch von speziellen Medikamenten. Darüber hinaus können bei fehlender Verfügbarkeit von geordneten Medikamenten alternative medikamentöse Therapieoptionen erörtert und unkompliziert in die Wege geleitet werden.

**Buchstabe n - Verfügbarkeit einer spezialisierten Palliativversorgung**

Eine spezialisierte Palliativmedizinerin sowie eine Palliative Care-Pflegefachkraft stehen dem Zentrum für Intensivmedizin jederzeit konsiliarisch zur Verfügung. Diese wird einzelfallbezogen konsiliarisch sowie in Form von regelmäßig stattfindenden palliativmedizinischen Visiten im Zentrum in die Patientenbehandlung integriert. Sie stehen darüber hinaus als wichtiger Bestandteil des Zentrums für Intensivmedizin anderen Krankenhäusern beratend zur Verfügung.

**Buchstabe o - Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention** Sowohl für intensivmedizinische Patientinnen und Patienten wie ihre Angehörigen stellt

<p>die Behandlungssituation im intensivmedizinischen Setting per se in Verbindung mit der in der Regel bestehende Schwere der Erkrankung eine besondere psychische Belastung dar. Insbesondere Entscheidungen, die zur Einstellung intensivmedizinischer Maßnahmen führen aber auch die Perspektive des Verbleibens dauerhafter Einschränkungen stellen Krisensituationen dar, die einer psychologischen Expertise bedürfen. Darüber hinaus erfordert auch die in vielerlei Hinsicht besondere Belastung der Arbeit auf der Intensivstation das Angebot einer psychologischen Begleitung für das intensivmedizinische Personal.</p>	

### 1. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

(1) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 29.12.2022)

(2) Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S. et al. Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 47, 1415–1425 (2021).  
<https://doi.org/10.1007/s00134-021-06544-6>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin</b>		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 27.02.2023 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Wir nehmen teil.</b>
<del>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</del>	<del>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</del>	<del>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein</del>
<del>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</del>	<del>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</del>	<del>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein</del>

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
 Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie

<b>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin</b>
<b>20.12.2022</b>

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite ..... 1**
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung.....Fehler!**  
Textmarke nicht definiert.
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren... Fehler!** Textmarke nicht definiert.

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Anlage 7 Lungenzentren**

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
a) § 1 Absatz 1 Nummer 4 <b>Stellungnahme</b> Die DGP unterstützt die folgenden Änderungen in der Beschlussvorlage: aa) In Buchstabe d) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt und die Angabe „8-718.9“ gestrichen. bb) In Buchstabe g) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt.	Prolongierte Beatmungsentwöhnung findet in der Pneumologie ausschließlich auf einer spezialisierten intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit statt. Die S2k Leitlinie der DGP (AWMF-Register-Nr. 020/015) beschreibt die entsprechenden Voraussetzungen eines Weaning-Zentrums (Schönhofer B et al. Prolongiertes Weaning ... Pneumologie 2019; 73: 723–814)  Die Mindestzahl von 50 geforderten Entwöhnungen pro Jahr liegt in der Nähe der Zertifizierungskriterien der DGP ( <a href="https://pneumologie.de/aktuelles-service/weannet/info">https://pneumologie.de/aktuelles-service/weannet/info</a> ). Die Strukturen der von der DGP zertifizierten Weaning-Zentren (alle mit einer Mindestzahl von 40 Fällen) haben sich bewährt. Dies kann an der Ergebnisqualität nachgewiesen werden (Windisch W et al. Prolonged Weaning from Mechanical Ventilation. Dtsch Arztebl Int. 2020;117(12):197-204)
§ 1 Absätze 6 und 7 <b>Änderungsvorschlag:</b> Ersatzlose Streichung der neu angefügten Absätze 6 und 7 bei § 1	<b>Die DGP schließt sich Position B an.</b> Aus unserer Sicht kann die intensivmedizinische Kompetenz, die wesentlich auf der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fächer beruht, adäquater und zielführender mit der neu eingeführten „Anlage 8 - Zentren für Intensivmedizin“ abgebildet werden als mit denen der von Position A vorgeschlagenen Ergänzungen bereits bestehender Anlagen, u.a. Anlage Lungenzentren.

	<p>Die internistischen Fachgesellschaften werden eine gemeinsame Stellungnahme zu Position B, Anlage 8 einreichen, die Vorschläge unterbreitet, die die Interdisziplinarität in intensivmedizinischen Spitzenzentren besser erfasst.</p> <p>Trotzdem möchte die DGP im Folgenden die Ausführung von Position A kommentieren.</p>
<p><b>Kommentierung Position A</b></p>	
<p>„(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 6b als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p>	<p>Das Angebot einer intensivmedizinischen telemedizinischen Visite kann die Arbeit des Lungenzentrums bereichern, das Netzwerk stärken, die Expertise des Lungenzentrums kooperierenden Kliniken leichter zugänglich machen und so die Versorgung von Patientinnen und Patienten vor Ort verbessern. Dies gilt insbesondere auch für Patientinnen und Patienten, die in anderen Krankenhäusern auf Intensivstationen mit pneumologischen Krankheitsbildern betreut werden, vor allem auch für langzeitbeatmetet Betroffene. Auch ist eine kontinuierliche Begleitung in der Betreuung von Patientinnen und Patienten einer kooperierenden Klinik durch das Lungenzentrum möglich und gfls. auch der Zeitpunkt einer Verlegung in das Lungenzentrum gemeinsam zu treffen. Es daher sinnvoll, das Lungenzentren auch intensivmedizinische telemedizinische Angebote machen. Der vorliegende Entwurf trägt dem leider nicht Rechnung.</p> <p>Die hier vorgestellten Mindestkriterien es den Lungenzentren unmöglich, dies zu ermöglichen. Nach einer Umfrage unter den bereits anerkannten Lungenzentren werden die Zahlenwerte bei weitem nicht zu erreichen sein. Er macht die intensivmedizinische telemedizinische Visite auf ein Niveau, dass einem High-Care intensivmedizinischen Zentrum, nicht jedoch einem Lungenzentrum mit hoher intensivmedizinischer Kompetenz entspricht.</p> <p>Die besondere intensivmedizinische Expertise des Lungenzentrums wird auch durch die Expertise im Weaning von der Langzeitbeatmung, zum anderen in der intensivmedizinischen Betreuung von atemungsinsuffizienten Patientinnen und Patienten in den definierten Kompetenzbereichen (COPD, Interstitielle Lungenkrankheiten, Infektiologie) definiert.</p> <p>Es ist daher folgerichtig, die telemedizinische Visite nicht nur an der High-Care-Intensivmedizin, sondern auch an Merkmalen er spezifischen Qualifikationen festzumachen.</p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag insofern absolut zu, als intensivmedizinische Kompetenz vorzuhalten ist. Dies entspricht sowohl der Entwicklung der Pneumologie insgesamt, als auch der Grundvoraussetzung eines Lungenzentrums im Weaning. Die Kompetenz muss sich entsprechend der Defintionskriterien des Lungenzentrums aber vornehmlich an der Qualifikation des Weaning und an den Extremformen der Atemungsinsuffizienz festmachen. Um auch anderen intensivmedizinischen Aspekten der Pneumologie Rechnung zu tragen, schlagen wir eine Mindestbettenzahl von 10</p>

	<p>High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie vor. Die Summe der Aufwandspunkte (TISS +SAPS) sollte auf 150.000 festgelegt werden.</p> <p>Die spezifische Kompetenz im Weaning ist durch mindestens 50 Fälle OPS 8.718.9 definiert. Ergänzend können invasive, nicht-invasive Beatmung, High-Flow-Sauerstofftherapie als Strukturkriterien benannt werden.</p>
<p>1. Es werden jährlich mindestens 750.000 Aufwandspunkte, bestehend aus der Summe des täglichen Simplified Acute Physiology Score II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem Therapeutic-Intervention-Scoring-System-Katalog (TISS-Katalog) über die Verweildauer auf der Intensivstation, abgerechnet,</p>	<p>Wie oben begründet schlagen wir -um auch anderen intensivmedizinischen Aspekten der Pneumologie Rechnung zu tragen- schlagen wir eine Mindestbettenzahl von 10 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie vor. Die Summe der Aufwandspunkte (TISS +SAPS) sollte auf 150.000 festgelegt werden.</p> <p>Die spezifische Kompetenz im Weaning ist durch mindestens 50 Fälle OPS 8.718.9 definiert. Ergänzend können invasive, nicht-invasive Beatmung, High-Flow-Sauerstofftherapie als Strukturkriterien benannt werden.</p>
<p>2. eine intensivmedizinische, interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie ist vorhanden; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,</p>	<p>Der Begriff „interdisziplinär“ sollte gestrichen werden. Die Strukturen der Pneumologie beinhalten nicht wenige große Fachkliniken, die bereits als Lungenzentren anerkannt sind oder die Voraussetzungen erfüllen. Dabei handelt sich oft um hoch spezialisierte und hochvolumige Krankenhäuser, die aber nicht über andere Abteilungen verfügen. Durch den Begriff „interdisziplinär“ würden sie das telemedizinische nicht erbringen können.</p> <p>Wie oben begründet schlagen wir -um auch anderen intensivmedizinischen Aspekten der Pneumologie Rechnung zu tragen- schlagen wir eine Mindestbettenzahl von 10 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie vor. Die Summe der Aufwandspunkte (TISS +SAPS) sollte auf 150.000 festgelegt werden.</p> <p>Die spezifische Kompetenz im Weaning ist durch mindestens 50 Fälle OPS 8.718.9 definiert.</p>
<p>3. es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich</p>	<p>Die Qualifikationsanforderungen sollten entsprechend durch den Nachweis der Voraussetzungen für die OPS 8.90.0 und 8-718.8 nachgewiesen werden. Die OPS 8-718.8 entspricht inhaltlich den wissenschaftlich begründeten Kriterien der Zertifizierung von Weaning-Zentrum (DGP).</p>

<p>an evidenzbasierten Standards orientiert,</p>	
<p>4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</p>	<p>Die Vorhaltung eines ECMO-Abholdienstes kann eine sinnvolle Ergänzung des Lungenzentrums sein. Dieses Merkmal als Ausschlusskriterium repräsentiert aber nicht die besondere intensivmedizinische Expertise der Lungenzentren.</p> <p>Wir schlagen vor, den Absatz analog zu §1 (4) b formuliert sein. Außerdem entspricht die Voraussetzung der genannten Facharzt-Qualifikation nicht den Voraussetzungen eines Lungenzentrums.</p> <p>Wir empfehlen daher folgende Formulierung:</p> <p>„Sofern das Lungenzentrum über einen ECMO-Abholdienst verfügt, muss es mindestens eine Fachärztin oder einen Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie oder Pneumologie sowie eine Kardiotechnikerin oder einen Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorhalten“.</p>
<p>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und</p>	<p>Wir stimmen diesem Punkt zu.</p>
<p>6. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</p>	<p>Wir stimmen diesem Punkt zu.</p>
<p>(7) Sofern intensivmedizinische telemedizinischer Leistungen nach § 2 Nr. 9 als besondere Aufgabe übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt sein:</p> <p>1. Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020 und</p>	<p>Wir stimmen diesem Punkt zu.</p>

<p>2. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist jederzeit innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.“</p>	
<p>c) § 2 wird wie folgt geändert:  aa) Die Angabe „6“ vor den Wörtern „Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen“ wird ersetzt durch die Angabe „6a“.</p>	<p>Wir stimmen diesem Punkt zu.</p>
<p>bb) Vor der Nummer 7 wird folgende neue Nummer 6b eingefügt: „6b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Lungenversagen, Rechtsherzversagen, Sepsis oder septischer Schock, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.“</p>	<p>Wir stimmen diesem Punkt grundsätzlich zu. Hier ist es jedoch aus unserer Sicht notwendig, ergänzend die besondere Expertise im Weaning von der Langzeitbeatmung einzufügen. Damit können die Lungenzentren die Ärztinnen und Ärzte anderer Krankenhäusern mit dem Ziel unterstützen, Weaninghindernisse zu finden und zu beseitigen, die Entwöhnung von der Langzeitbeatmung zu beschleunigen, evtl. Verlegungen zu vermeiden oder -falls sie notwendig werden- schneller herbeizuführen.</p> <p>Der Abschnitt sollte wie folgt verändert werden:</p> <p>„6b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Lungenversagen, Rechtsherzversagen, Sepsis oder septischer Schock oder <b>die die Kriterien des prolongierten Weanings erfüllen</b>, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.“</p>



Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin</b>		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 27.02.2023 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>"Wir nehmen teil."</b>

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie**

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH e.V.)
16.12.2022

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).**

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite** ..... 1
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung** ..... 1
3. **Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren** ..... 2

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung**

**In Verbindung mit dem Standort der Kinderonkologischen Zentren (s. unter 3.)**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	

### 3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Wir würden in Anlage 2 unter:</p> <p><b>„Anlage 2 – Anforderungen an Onkologische Zentren“</b></p> <p><b>unter Punkt (9)</b> ergänzen wollen:</p> <p>„Zusammenarbeit mit humangenetischen Einrichtungen muss vertraglich gesichert sein“</p>	<p>Über fast alle Tumorentitäten hinweg einschließlich der pädiatrischen Tumore findet man ursächlich in ca. 10% Keimbahnmutationen. Diese sind relevant für das generelle Management (Zweiterkrankungsrisiko, welche anderen Organsysteme können betroffen sein), aber vor allem haben sie auch Relevanz für andere Familienmitglieder im Sinne der Prädiktion und Prävention von Tumorerkrankungen. Hier bewegt man sich im Bereich der prädiktiven Testung, die vorrangig durch die Humangenetik geleistet wird.</p> <p>Es ist leider nicht flächendeckend eine Humangenetik an allen Onkologischen Zentren vor Ort, so dass eine vertragliche Regelung zur Überweisung und gemeinsamen Betreuung von Patienten und Risikopersonen gesichert sein sollte.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH e.V.)

Die Anhörung findet voraussichtlich am **27.02.2023** statt

### Teilnahmeoptionen

### Einladung

### Ihre Rückmeldung zur Teilnahme

**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

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische Versorgung und Standort Kinderonkologie

<b>Univ.-Prof. Dr. Claudia Spies, ML</b> <b>Bestellte Fachgutachterin</b>
<b>10.1.2022</b>

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf (Anlage 1).

1. **Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite..... 1**
2. **Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung .. 6**

**1. Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>Grundsätzliche Bemerkung</b></p> <p><i>Vorschlag A ist weniger geeignet, die intensivmedizinische Versorgung patient*innen-zentriert, qualitativ hochwertig, Mitarbeiter*innenschonend umzusetzen und bedarf einer deutlich höheren Ressourcenallokation in der intensivmedizinischen Versorgung.</i></p>	<p>Die Intensivmedizin behandelt in der Regelversorgung Patient*innen mit Mehrorganversagen. Für Patient*innen muss sichergestellt sein, dass intensivmedizinisch adäquat weitergebildete Kolleg*innen sich um eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Versorgung kümmern, die das extrem kurzlebige Wissen adäquat schnell und inhaltlich integrieren können. Die Vielzahl von Organzentren führt zu einem Aufwuchs von telemedizinischen Arbeitsplätzen mit Schulungs- und Personalbedarfen und ggf. zu einem Anstieg an Intensivressourcen, da in der Intensivmedizin der Grundsatz <i>time is organs</i> gilt, der durch diese kommunikativen organbezogenen Schnittstellen die interdisziplinäre, multiprofessionelle und intersektorale Versorgung auch in der Telemedizin einschränkt.</p>

<b>Detailbetrachtung</b>	<p>Der Vorschlag der <b>Position A</b> ergänzt die bestehenden Zentrumsregelung um einen telemedizinisch-intensivmedizinischen Teil in den jeweiligen Organzentren der Anlage 3 (Traumazentren), Anlage 5 (Herzzentren), Anlage 6 (Schlaganfallzentren), Anlage 7 (Lungenzentren). Es werden jeweils Anforderungen beschrieben, die gelten, sofern telemedizinische intensivmedizinische Visiten übernommen werden. Diese Anforderungen bestehen aus Struktur- und Prozessanforderungen an die intensivmedizinische Einheit und im Bereich „Besondere Aufgaben“ werden spezifische Diagnosen genannt, die intensivmedizinische Patient*innen der entsprechenden Zentren betreffen. Grundsätzlich sollte erwähnt sein, dass Patient*innen in der Intensivmedizin unter einem Mehrorganversagen leiden, was in den einzelnen aufgeführten Diagnosen deutlich wird. Krankheitsbilder wie Sepsis sind typischerweise multiorgandysfunktioneller Natur.</p> <p><b>Schwächen des Vorschlages:</b></p> <p>Intensivmedizin ist systemmedizinisch ausgerichtet und in Deutschland als Zusatzweiterbildung ausgebildet. Intensivmedizin ist auf die interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgung von schwersten Krankheitsbildern spezialisiert.</p> <p>Telemedizin in der Intensivmedizin ist neu etabliert als Instrument, evidenzbasierte Erkenntnisse in der Fläche verfügbar und umsetzbar zu machen. Die in den einzelnen Zentrumsregeln aufgeführten Diagnosen (Anlagen 3,5,6 und 7) zeigen, dass es sich im Grunde immer um systemmedizinische, sehr komplexe Erkrankungsbilder mit Mehrorganversagen handelt.</p> <p>Die Intensivmedizin in Deutschland ist heterogen organisiert, was historisch bedingt ist. Typischerweise wird sie aus Kliniken für Anästhesiologie und/oder Innerer Medizin organisiert, mancherorts aber auch als eigenständige Klinik oder als Organisationseinheit mit interdisziplinärer Geschäftsordnung. Dabei bildet die Intensivmedizin stets einen eigenen</p>
--------------------------	---

medizinischen Bereich (Organisationseinheit mit Behandlungsverantwortung), der interdisziplinär und multiprofessionell ist und keine reine Behandlungsumgebung oder Funktionsdienstleistung. Letzteres (sog. Open-ICU-Format) ist evident mit einem signifikant erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert (Yang Q, et al. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jul;98(27):e16261. doi: 10.1097/MD.00000000000016261. PMID: 31277148; PMCID: PMC6635169).

Die Intensivmedizin als eigener Bereich bedingt naturgemäß viele Schnittstellen und Überschneidungen von Verantwortlichkeiten, die mit einem Kompetenzkonflikt einhergehen können. Die Aufgaben des Gebietes sind in den Weiterbildungsinhalten geregelt und obliegen somit im Kern der Intensivmedizin dem/der zusatzweitergebildeten Intensivmediziner\*in. In der Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Reform der Vergütung sind aus diesem Grund (und der Möglichkeit zur Berechnung Intensivmedizin-spezifischer Vorhaltekosten) auch spezifische Leistungsgruppen für intensivmedizinisch behandelte Patientinnen und Patienten vorgesehen.

Das *Open-Telemedicine-Format*, d.h. die modulare Andockung der Telemedizin an Organzentren entsprechend dem Open-ICU-Format, birgt das Risiko einer signifikant schlechteren medizinischen Versorgung. Das digitale Format muss sicherstellen, dass eine verantwortliche Intensivstation mit Fachexpertise die Beratung übernimmt. Da das ERIC Projekt eine solches *Open-Telemedicine-Format* nicht geprüft hat, können keine positiven Effekte vorausgesagt werden.

Eine Diversifizierung der Intensivmedizin in fachspezifische Intensivstationen (Traumatologie, Neurologie, Kardiologie, Pneumologie, Herzchirurgie etc.) geht an der Realität vorbei und führt zu der Notwendigkeit eines Aufwuchses an Schnittstellen und in der Versorgung durch Abgrenzungstendenzen der telemedizinischen zentralen Hubs und der angeschlossenen Krankenhäuser ggf. sogar wegen der geringeren

Interdisziplinarität und Multiprofessionalität zu einem Aufwuchs an Betten. Da die akute Behandlung keine stabile Situation darstellt, werden organspezifische Bereichen der Regelversorgung in der Intensivmedizin nicht gerecht.

**Stärken des Vorschlages:**

Der Vorschlag zielt auf eine pragmatische Umsetzung des ERIC-Projektes im Rahmen der bestehenden Zentrumsregelung und unter Berücksichtigung des in ERIC eingeschlossenen Patientenkollektivs ab. Die Ergänzung der Regelung ohne eine neue Anlage greift eine bestehende Struktur auf und ist somit in der Umsetzungsgeschwindigkeit schnell.

Auch wenn es sich um eine Verteilung einer „Gesamtleistung“ über verschiedene Zentren und damit Einzelleistungsbereiche handelt, kann durch Spezifikationen im Anforderungskatalog erzielt werden, dass die Leistung gesammelt erbracht wird. Ebendies wird im Vorschlag auch explizit benannt. Es wird spezifiziert, dass *„die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst [werden müssen]“*.

Diese Regelung erscheint essentiell, da sonst jedes Organzentrum eine fachspezifische, eigenständige Telemedizineinheit aufstellen könnte und eine Finanzierung geltend machen könnte. Dies würde alleine bei den Universitätskliniken mehr als 100 telemedizinische Einheiten zur Folge haben, die vollständig technisch und personell auszustatten sind. Es wären Kosten im mittleren dreistelligen Millionenbereich pro Jahr zu erwarten, die die im Innovationsfonds-Projekt ERIC ermittelten Kosten weit übersteigen und eine entsprechende Kosteneffektivität nicht mehr gewährleisten.

Die Regelung sollte hier ggf. noch weiter spezifizieren, dass die Tele-ICU an die Intensiveinheit andockt sein müssen und aus ihr personell besetzt werden müssen. Die Tele-ICU muss interdisziplinär aufgestellt sein und Konsilleistungen (z.B. durch

	<p>Organexperten der Fachzentren) erbringen können. Diese sind aus der Erfahrung bei der externen Beratung notwendig und im Bedarfsfall unerlässlich. Beispielhaft seien das operative oder interventionelle Vorgehen bei einer akuten, nekrotisierenden Pankreatitis genannt.</p> <p>Es sei aber explizit erwähnt, dass eine medizinische Beratung ohne die Besprechung der evidenzbasierten Qualitätsindikatoren nicht dem ERIC-Projekt entspricht und somit auch kein Effekt auf die Prozessqualität vorhergesehen werden kann.</p>
--	--

## 2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><i>Vorschlag B ist deutlich besser geeignet, die intensivmedizinische Versorgung patient*innen-zentriert, qualitativ hochwertig, Mitarbeiter*innenschonend umzusetzen und wird zu einer deutlich verbesserten Ressourcenallokation in der intensivmedizinischen Versorgung nach Umsetzung der geplanten Krankenhausreform führen.</i></p>	<p>Intensivmedizin ist systemmedizinisch ausgerichtet und folgt nicht der tradierten, rein organbezogenen Medizin. Analog den onkologischen Zentren, die diese Transition schon deutlich besser abgebildet haben, folgt die Akut-Behandlung von schweren Krankheitsbildern inzwischen ebenfalls diesem Ansatz, der sich auch in der Krankenhausreform in Level III Einrichtungen (Maximalversorger) mit einer intensivmedizinischen Leistungsbeschreibung abbilden lässt. Unterstützt wird dieser Ansatz durch die Möglichkeit der Data Science basierten Ansätze, die sich durch die Weiterentwicklung der intensivmedizinischen Patientendokumentationssysteme in den nächsten Jahren und durch die digitale Unterstützung telemedizinischer, evidenzbasierter Behandlungskonzepte. Dabei wird der Geschwindigkeit der Veränderung von intensivmedizinischen Krankheitszuständen, die sich minütlich ändern können, Rechnung getragen. Die Geschwindigkeit des Erkennens dieser Veränderungen hat maßgeblichen Einfluss auf der Behandlungsergebnis <i>time is organs</i> und die Lebensqualität („Post-Intensive-Care-Syndrome“). Außerdem ist der Geschwindigkeit des Wissens und der Implementierung des Wissens Rechnung zu tragen (Verdopplung des Wissens zurzeit alle 90 Tage!). Nur durch konsequente systemmedizinische Steuerung, wie dies bereits bei den onkologischen Zentren erfolgt, wird die Intensivmedizin der Sekundärprävention interdisziplinärer Organversagen und dem Erhalt der Lebensqualität (Vermeidung von kognitiven, funktionellen und psychosozialen Einschränkungen im Sinne eines Post-Intensive-Care-Syndroms) gerecht.</p> <p>Die universitäre, high-level intensivmedizinische Versorgung ist eine überörtliche und krankenhaushübergreifende Aufgabe. Die</p>

	<p>telemedizinische Beratung erfordert die Konzentration der Leistung auf einige, wenige Standorte, weil diese über außergewöhnliche technische und personelle Voraussetzungen erfüllen. Auch ist eine besondere Vorhaltung von Spezialexpertise (z.B. akutes Lungenversagen und ECMO Therapie) benötigt.</p>
<p><b>Detailbetrachtung</b></p>	<p>Der <b>Vorschlag B</b> entspricht in allen Punkten den besonderen Aufgaben eines Zentrums und entspricht auch der Struktur der Innovationsfondsprojekte, die Telemedizin in der Intensivmedizin überprüft haben. Er ist außerdem gut kompatibel mit den Vorschlägen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, die für die intensivmedizinisch versorgten Patienten die Zuordnung zu einer von drei spezifischen Leistungsgruppen vorschlagen. Die in Vorschlag B enthaltenden Strukturanforderungen sind nur von Level III-Krankenhausstandorten zu erfüllen und gehen weit darüber hinaus. Das stellt sicher, dass der Aufbau intensivmedizinischer Zentren so erfolgen kann, dass eine überschaubare Zahl an Zentren kosten-effektiv die erwarteten Leistungen erbringen kann.</p> <p><b>Schwächen des Vorschlags:</b></p> <p>Intensivstationen finden sich in allen Krankenhausstufen um akut lebensbedrohliche Zustände zu behandeln. Zwei Dinge sind daher von besonderer Bedeutung. Zum einen muss die Intensivmedizin eines Intensivzentrums sich hinsichtlich des Erkrankungsspektrums, der Erkrankungsschwere und des medizinischen Charakters deutlich von der Grund- und Regel bzw. Schwerpunktintensivmedizin (in der Stellungnahme der Regierungskommission Level I n und Level II genannt, denen entsprechende intensivmedizinische Leistungsgruppen mit anderem Tätigkeits- und Patientenspektrum als Level III zugeordnet sind) abgrenzen. In Level III ist z.B. auch der Ort wo seltene intensivmedizinische Erkrankungen gebündelt werden (z.B. Lungenversagen durch Autoimmunerkrankungen, PIMS).</p>

Zum zweiten muss der Zweck der Netzwerkbildung (digitales Versorgungsnetzwerk), nämlich der Erhöhung der Patientensicherheit durch Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitig adäquaten Ressourcenallokation sehr präzise herausgearbeitet werden. Es muss außerdem geklärt sein, dass diese Form der Telemedizin nicht zur digitalen Substitution einer Vor-Ort Kapazität evaluiert wurde, sondern zur flächendeckenden Qualitätsverbesserung als holistisches Konzept, dass neben der Beratung auch die Möglichkeit von Sekundärverlegung zum richtigen Zeitpunkt beinhaltet.

***Stärken des Vorschlags:***

Der Vorschlag entspricht der Struktur der zitierten Innofondsprojekte, die Intensivmedizin und die damit verbundenen Interventionen einer Funktionseinheit (geschlossen) zugeordnet haben und diese nicht fragmentiert auf verschiedene Fachbereiche übertragen haben. Dabei wird der interdisziplinäre Charakter berücksichtigt und in Ziffer 1.i konkretisiert.

Aus medizinisch-inhaltlicher Sicht ist hier am ehesten mit einer Verbesserung der Versorgungssituation zu rechnen und es können beispielsweise auch Engpässe (akute pädiatrische Versorgungslage im Winter 22/23) adressiert werden, da eine entsprechende Flexibilität im System gewährleistet ist.

In Summe ist dieser Vorschlag zu befürworten. Es müssen allerdings klare Kriterien für telemedizinische Leistungserbringer (Level III Krankenhäuser) und Leistungsempfänger (Level II Krankenhäuser, ggf. auch Level I n, wenn klare Verlegungsstrategien vereinbart sind) geregelt werden, um den Leistungsumfang der Intensivmedizin zu regeln. Dies kann am besten in der neuen Krankenhausreform für die intensivmedizinische Leistungserbringung hinterlegt werden.

**Univ.-Prof. Dr. Claudia Spies, Fachgutachterin**

Die Anhörung findet voraussichtlich am 27.02.2023 statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil.</b>

ORIGINAL



# Effectiveness of an intensive care telehealth programme to improve process quality (ERIC): a multicentre stepped wedge cluster randomised controlled trial

Claudia D. Spies<sup>1\*</sup> , Nicolas Paul<sup>1</sup> , Christine Adrion<sup>2</sup> , Elke Berger<sup>3</sup> , Reinhard Busse<sup>3</sup> , Ben Kraufmann<sup>4</sup>, Ursula Marschall<sup>5</sup>, Simone Rosseau<sup>6</sup>, Claudia Denke<sup>1</sup> , Henning Krampe<sup>1</sup> , Enrico Dähnert<sup>1</sup> , Ulrich Mansmann<sup>2</sup> , Björn Weiss<sup>1</sup>  on behalf of the ERIC Study Group

© 2023 The Author(s)

## Abstract

**Purpose:** Supporting the provision of intensive care medicine through telehealth potentially improves process quality. This may improve patient recovery and long-term outcomes. We investigated the effectiveness of a multifaceted telemedical programme on the adherence to German quality indicators (QIs) in a regional network of intensive care units (ICUs) in Germany.

**Methods:** We conducted an investigator-initiated, large-scale, open-label, stepped-wedge cluster randomised controlled trial enrolling adult ICU patients with an expected ICU stay of  $\geq 24$  h. Twelve ICU clusters in Berlin and Brandenburg were randomly assigned to three sequence groups to transition from control (standard care) to the intervention condition (telemedicine). The quality improvement intervention consisted of daily telemedical rounds guided by eight German acute ICU care QIs and expert consultations. Co-primary effectiveness outcomes were patient-specific daily adherence (fulfilled yes/no) to QIs, assessed by a central end point adjudication committee. Analyses used mixed-effects logistic modelling adjusted for time. This study is completed and registered with ClinicalTrials.gov (NCT03671447).

**Results:** Between September 4, 2018, and March 31, 2020, 1463 patients (414 treated on control, 1049 on intervention condition) were enrolled at ten clusters, resulting in 14,783 evaluated days. Two randomised clusters recruited no patients (one withdrew informed consent; one dropped out). The intervention, as implemented, significantly increased QI performance for “sedation, analgesia and delirium” (adjusted odds ratio (99.375% confidence interval [CI]) 5.328, 3.395–8.358), “ventilation” (OR 2.248, 1.198–4.217), “weaning from ventilation” (OR 9.049, 2.707–30.247), “infection

\*Correspondence: claudia.spies@charite.de

<sup>1</sup> Department of Anaesthesiology and Operative Intensive Care Medicine (CCM, CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Germany  
Full author information is available at the end of the article

Nicolas Paul and Christine Adrion have contributed equally to this work.

The members of the ERIC Study Group are listed in the Acknowledgement section of the manuscript.

management" (OR 4.397, 1.482–13.037), "enteral nutrition" (OR 1.579, 1.032–2.416), "patient and family communication" (OR 6.787, 3.976–11.589), and "early mobilisation" (OR 3.161, 2.160–4.624). No evidence for a difference in adherence to "daily multi-professional and interdisciplinary clinical visits" between both conditions was found (OR 1.606, 0.780–3.309). Temporal trends related and unrelated to the intervention were detected. 149 patients died during their index ICU stay (45 treated on control, 104 on intervention condition).

**Conclusion:** A telemedical quality improvement program increased adherence to seven evidence-based German performance indicators in acute ICU care. These results need further confirmation in a broader setting of regional, non-academic community hospitals and other healthcare systems.

**Keywords:** Telemedicine, Critical care, Critical illness, Quality of care, Quality improvement, Guideline adherence, Healthcare quality indicators, Implementation, Stepped wedge cluster randomised controlled trial, Comparative effectiveness

## Introduction

In Germany, the number of patients admitted to intensive care units (ICU) increased from 2.15 million in 2015 to 2.52 million in 2019 [1]. Roughly one-third of these patients were treated in hospitals with fewer than 400 beds [1]. Having access to large academic hospitals with full-time intensivist staffing is associated with increased adherence to evidence-based intensive care and improved outcomes [2–4]. It is currently unclear, however, if telemedicine can improve adherence to comprehensive evidence-based practice.

Though several studies from the United States (US) have shown that telemedical treatment support might reduce ICU and hospital mortality and length of stay (LOS) [5–7], two studies (one single-centre and one multicentre trial) revealed that telemedicine improved adherence to best-practice measures like deep vein thrombosis prevention and infectious disease management [8, 9].

In 2010, the German Interdisciplinary Society of Intensive Care Medicine (DIVI) established quality indicators (QIs) to promote adherence to evidence-based principles [10–12]. The third edition, published in 2017, identified ten indicators that include key elements of intensive care medicine: (1) daily multi-professional and interdisciplinary clinical ward rounds with documentation of daily goals, (2) management of sedation, analgesia and delirium, (3) patient-adapted ventilation, (4) early weaning from invasive ventilation, (5) monitoring of infection prevention measures, (6) infection management measures, (7) early enteral nutrition, (8) documentation of structured patient and family communications, (9) early mobilisation, and (10) ICU leadership. All except QIs 5 and 10 refer to process quality elements and can be implemented at the individual patient level [10].

Studies report poor implementation of QI-based key performance parameters [13, 14]. To the best of our knowledge, no randomised controlled trials have specifically investigated the effectiveness of telemedicine on a

## Take-home message

A telemedical quality improvement programme increased adherence to seven evidence-based German performance indicators in the acute ICU care. These results need further confirmation in a broader setting of regional, non-academic community hospitals and other healthcare systems.

comprehensive evidence-based medicine bundle like QI-implementation. To address these knowledge gaps, the Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC) study was initiated to establish and evaluate whether telemedicine support can be used as a vehicle to increase adherence to evidence-based medicine compared to standard of care, and thus improve intensive care medicine quality.

## Methods

### Study design, setting and participants

ERIC was an investigator-initiated, multicentre, superiority stepped-wedge cluster randomised controlled trial (SW-CRT) with three sequence groups (waves) and a continuous-recruitment short-exposure design investigating the effectiveness of a structured, telemedical quality improvement intervention at ICU on the adherence to evidence-based QIs.

This pragmatic trial was conducted at adult ICUs of academic, non-academic and community hospitals in the metropolitan area of Berlin, Germany, with approximately six million inhabitants and 150,000 ICU admissions annually [1]. Due to the unidirectional crossover in a stepped-wedge design, all trial sites commenced treating patients on control condition (standard of care). Sites were randomly selected to transition to the experimental intervention sequentially at three different protocol-defined time points scheduled for 3, 6 and 9 months after trial commencement, until all clusters have received the intervention.

---

The decision to use a stepped-wedge design was supported by the following aspects: the intervention was considered potentially beneficial for all sites; practical interest to implement the technical infrastructure of the intervention and related training tools, mimicking a natural (non-experimental) implementation process; statistical interest regarding a potentially more effective control for intra-cluster correlation which might enable a statistical power greater than that of a conventional cluster trial with the same number of patients; exploration of underlying temporal trends; and utility of obtaining balance in characteristics of sequence groups after randomisation, especially in the case of a small number of sequences (steps).

Eligible hospitals were located in the metropolitan area of Berlin and the surrounding federal state of Brandenburg, provided adult intensive care medicine, adhered to the legal obligations, and complied with cluster randomisation and the staggered schedule. Participating hospitals were selected according to their letter-of-intent written during the project application and based on their anticipated recruitment and technical prerequisites (e.g. wireless network) to implement the secure, privacy-compliant infrastructure for the telemedical intervention.

Patients were eligible if they were admitted to a participating ICU, were aged  $\geq 18$ , had an expected ICU LOS  $\geq 24$  h, and were covered by a German statutory health insurance policy. Written informed consent was obtained by the patient or a legal representative. In case of readmission to a participating ICU, eligible patients could be enrolled multiple times. Screening and enrolment of eligible patients were continuously performed by local ICU staff. The study took place within the framework of statutory health insurance in Germany.

The study was approved by the ethics committee of Charité (EA1/006/18) and Brandenburg Medical School (Z-01-20180828). This article adheres to the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) statement extended for stepped-wedge cluster randomised trials [15] and related guidelines [16]. Details of the study protocol with intervention details have been published elsewhere [17]. The study was prospectively registered with ClinicalTrials.gov (NCT03671447).

### Randomisation and masking

A total of 16 ICUs were organised to geographical clusters on an institutional level. One cluster (randomisation unit) consisted of one to three ICUs. There was no structural exchange of ICU staff between clusters, minimising the risk of intervention contamination. A cluster design rather than individual randomisation was chosen to facilitate a change in management at a hospital level rather

than at an individual patient level, thus allowing the comparative effectiveness of the intervention to be evaluated pragmatically. Before trial commencement, all 12 clusters were randomly allocated to one of three sequence groups of four units to switch from the control to the intervention according to a staggered timetable. The randomisation list defining the order of the treatment switch was generated by the independent trial statistician using a computer-generated algorithm (nQuery Advisor V.7., block size = 3, without stratification by prespecified characteristics).

Due to a 3-month training period before the sequential switch to the intervention period, ICU staff were not masked to the allocated sequence group and were notified prior to the study start about their crossover date. Since study personnel and patients knew when they were and were not engaged in the telemedical intervention, blinding was not possible. General practitioners and investigators collecting data during post-ICU follow-up visits may have been aware of the treatment condition on the patient-level.

### Procedures

Patients treated on intervention condition received a tailored telemedical intervention in addition to standard of care. In brief, the complex intervention, i.e., the ERIC programme, targeting healthcare providers as well as patients, encompassed two key components. (1) Daily, QI-guided, structured ward rounds for study patients were conducted using a telemedical cart (Appendix, Fig. S1). These telemedical ward rounds were carried out by a specialist and an ICU nurse from the hub (i.e. tele-ICU) at Charité, together with the treating physician (consultant and/or physician in training) and bedside nurse of the respective unit (i.e. local-ICU). Specialists in the tele-ICU were senior, board-certified consultants in intensive care at the site of the tele-ICU (Appendix, p. 2). A secure, bedside connection for audio-visual, face-to-face communication between the tele-ICU and the local-ICU was established. The tele-ICU specialists were able to inspect the patient and monitoring devices (e.g., ventilator settings, monitors and infusion pumps), and microphone and speakers allowed for direct dialogue between both parties. Each ward round being scheduled for 20 min was guided by the predefined QIs, which were then discussed between staff at the tele-ICU and local-ICU. The tele-ICU consultant also gave non-QI-related medical advice if required. Treatment decisions were ultimately taken by the local-ICU staff. In case of disagreement, the tele-ICU consultants did not have autonomy to make treatment decisions themselves. After rounding, tele-ICU consultants assessed

---

the criteria for QI adherence based on patient-specific parameters obtained from documentation of routine data at the local-ICU. (2) Expert teleconsultations: the tele-ICU offered a 24/7 service staffed with ICU consultants to respond to urgent medical issues. On request, the tele-ICU consultant established an audio-visual connection to the respective local-ICU. To address intervention fidelity, connection success rates were continuously monitored by the provider of the telemedical carts, and tele-ICU staff ensured that study patients received daily telemedical ward rounds.

The implementation of telemedicine at the cluster level started 3 months before the planned switch to the intervention with setup of the required hardware infrastructure at the respective ICUs. During this 3-month transition period at the end of the control period of the respective site, clinical experts received a blended-learning training programme (ten e-learning modules, followed by four simulator-based workshops on the QIs and on-the-job training) to ensure that teams at the local-ICUs were familiar with the telemedical cart and the QIs. One physician (any qualification level) and one ICU nurse (any qualification level) per local-ICU were invited to participate in the training. It was at the discretion of the local-ICU to send the same person or different people to each simulator-based workshop.

The control condition was standard of care according to local standards of the hospital site without telemedical support, and was also delivered throughout the 3-month training period. In both phases (control, intervention), local study personnel routinely documented QI-related key performance parameters on the patient's medical record.

Patients received two follow-up examinations scheduled 3 and 6 months after their index (i.e., first study-related) ICU discharge to assess post-ICU impairment including quality of life and functional outcomes [17]. These outcome data based on self-administered patient questionnaires and tests were recorded by the patient's general practitioner and/or trained study personnel at Charité, during home visits, via mail, or via telephone, depending on in-person visiting restrictions due to the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic.

### Outcomes

The eight co-primary outcomes were binary composite measures defined based on patient-individual raw parameter measurements related to eight performance indicators with predetermined definitions (Appendix, p. 8) [10]. For each of these QIs, the adherence (fulfilled yes/no) was assessed daily (within a 24-h time frame) on a patient level starting from the date of enrolment (ICU

admission; or the following day) until ICU discharge (or the previous day). Seven tele-ICU consultants affiliated to the coordinating investigator at Charité participated in a central endpoint adjudication and retrospectively rated the adherence to a single QI for patient  $i$  on day  $t$  (denoted as QI day) using the local-ICU's documentation of routinely collected clinical data. Although the independent raters were aware of the respective treatment condition, assessing QI adherence to derive primary outcomes can be considered objective and reliably reproducible. This process was applied irrespective of whether the patient was treated on control or on intervention condition (Appendix, p. 2).

Secondary outcomes were assessed during the patient's ICU stay and at two post-ICU follow-up visits. Key secondary outcomes included all-cause mortality up to 180 days after index ICU discharge (validated with data from the municipal personal records database) and study-related ICU LOS (per ICU stay, in days). Remaining secondary endpoints including health-economic outcomes will be analysed separately and made available in subsequent papers.

### Statistical analysis

A fixed sample size calculation was performed, considering eight co-primary outcomes. Applying a Bonferroni correction for multiple testing yields a one-sided type 1 error of  $\alpha/8 = 0.625\%$  for confirmatory testing of a single QI. Assuming a minimum clinically relevant absolute difference in QI adherence of 10% (for all QIs), a two-group  $\chi^2$  test has a power of 82% to detect the difference between a proportion of 60% on control and 70% on intervention (odds ratio, OR 1.556) with a sample size of 530 independent patients on each treatment condition (nQuery Advisor V.7.0). To deal with the correlation between individuals from the same cluster, we further prespecified at the design stage a variance inflation factor of 1.35, and a patient-level intra-cluster correlation coefficient (ICC) of 0.117 (estimated from preliminary data on QI 2 for a small number of patients from site Charité only; independency of time assumed) which measures the correlation between observations within the same cluster [17]. This yields a total target sample size of 1431 patients required for the CRT design (neglecting stepped-wedge design-specific methodological issues). This pragmatic sample size calculation which was performed during the planning phase in 2015 neither accounted for a transition period between standard of care and intervention, nor for variable cluster sizes. Several changes in prespecified design features throughout the course of the trial may have rendered the initial sample size estimates invalid.

---

The eight co-primary effectiveness outcomes were analysed by logistic mixed-effects models with random intercepts for cluster and patient, and fixed effects for intervention (assuming level change), cluster-specific linear 'exposure time' (in months;  $\geq 0$  at (after) start of intervention,  $< 0$  otherwise), and the interaction between both (assuming time-dependent slope change). To account for deviations from the staggered randomisation schedule, an 'as-implemented' analysis was conducted defining intervention periods according to the actual start of the first local telemedical-based QI visit. The cluster-specific 3-month training period was analysed as part of the control period, and data contributed to the primary endpoint analysis. All patients with at least one QI assessment were included in the full analysis set (FAS). Few patients who were enrolled under control condition shortly before the crossover date and received the intervention after the crossover were analysed as control patients. Missing values were handled under the assumption of missing at random, and no imputation methods were applied (number of QI visits negligibly small) [18–20].

Sensitivity analyses for each QI were performed based on five additional mixed-model specifications by changing the variance structure and/or adjusting for two different time effects to address robustness of results. Thus, a covariate for sequence group (together with group-by-treatment effect interactions) was incorporated as fixed effect to account for underlying secular trends (i.e., clusters classified according to their allocated step, defining 'early' [first; coded as  $-1$ ], 'middle' [second; chosen as reference group 0], or 'late' [third group; coded as 1] adopter sites to adjust for (categorical) 'time period of implementation'), or patient- or centre-specific random intercepts omitted (Appendix, p. 13).

For each QI, adjusted ORs for the QI adherence on intervention compared to standard of care are reported expressing relative effects of primary interest. Besides, the endpoint-specific cluster-level ICCs were calculated [21]. The results of the co-primary endpoints were considered statistically significant if the two-sided  $p < 0.00625$  (eight relative effects for level change at the crossover time defined as primary estimates of interest; remaining time-related estimates tested hierarchically).

The secondary endpoint all-cause mortality within 180 days post-enrolment was analysed using a Cox regression model with frailty term for cluster, adjusting for baseline Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II and Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score (SAPS II and SOFA measurements at the first QI day were defined as pseudo-baseline values in the case of missing documentation at the day of ICU admission, assuming first observation carried backward). Results were reported as hazard ratios (HRs). The ICU LOS in

days was compared between the two conditions by using a negative binomial mixed model with cluster-specific random intercepts. Because of the potential for type I error due to multiple comparisons, the findings of analyses of secondary endpoints should be interpreted as exploratory. 99.375% CI were reported for primary outcomes, 95% CIs otherwise.

The study database was stored on REDCap (Research Electronic Data Capture; version 10.6.16 Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, USA) hosted at Charité. Statistical analyses were carried out using R (version 4.0.4), mixed-effects regression analyses were performed using the lme4 (version 1.1-25) package.

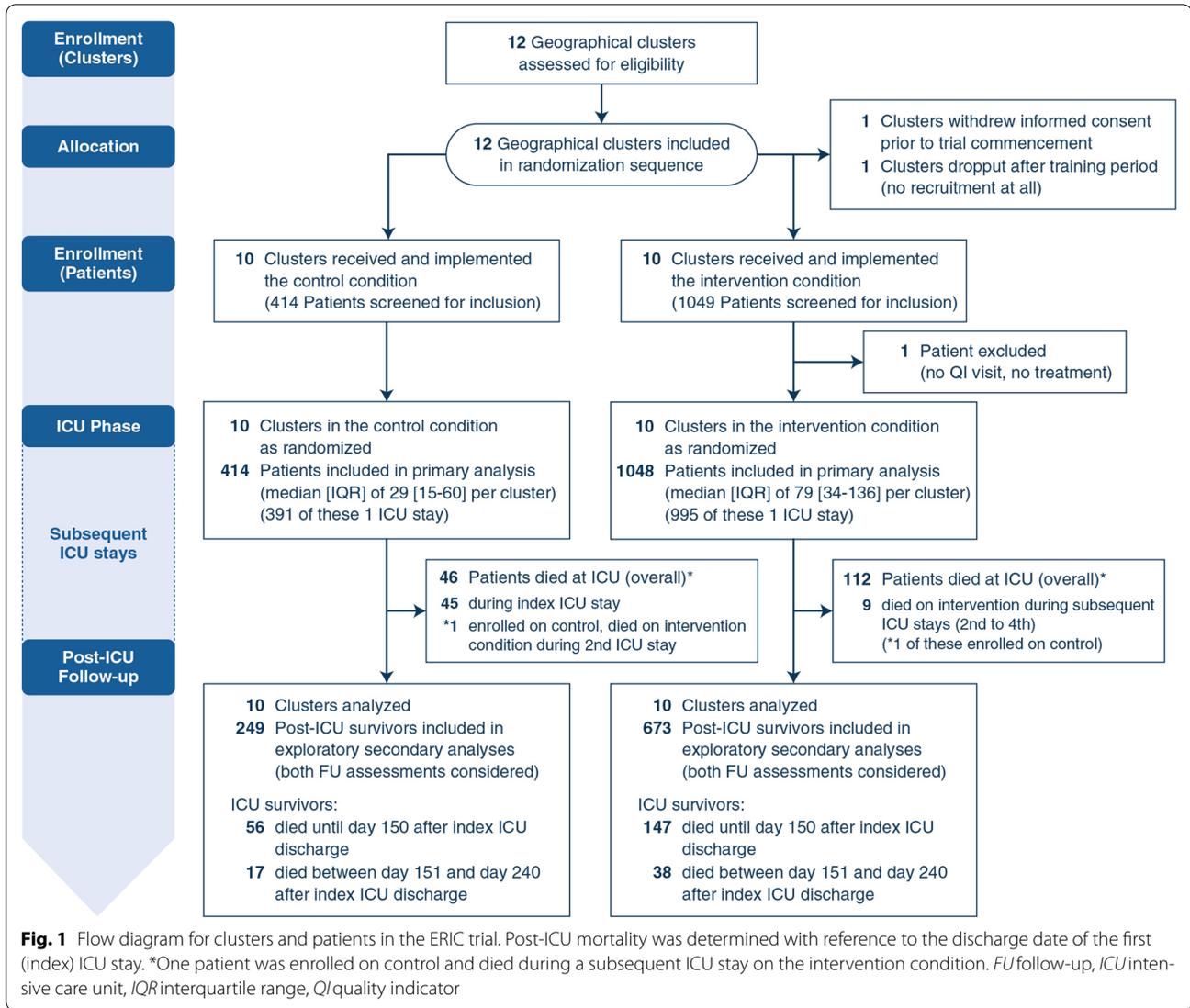
## Results

### Participating units and patients

Of the 12 clusters randomised, one (allocated to third sequence group) withdrew consent before the global trial start, and one (allocated to the first sequence group) dropped out after the training period without recruiting any patients, from which no data were collected (Fig. 1). All 14 ICUs at 12 hospitals enrolling patients received the intervention, but not all opened simultaneously with recruitment. Further basic characteristics of the randomisation units together with crossover times and sequence groups are provided in the Appendix (Table S2, Fig. S2). There was considerable variation in the hospitals' involvement and adherence to the randomisation schedule.

Given underrecruitment, the planned recruitment period was extended from 12 to 19 months, while postponing the prespecified third crossover date by 3 months (extension of the rollout period) to further enhance the number of patients treated on control condition, and lengthening the post-rollout period.

During the 19-month recruitment period between September 4, 2018, and March 31, 2020, 1463 patients comprising 1554 ICU stays (433 control, 1120 intervention) were enrolled into the trial. Of these, one patient discharged from ICU at the next day was excluded from the FAS population since no QI evaluation was performed, and no post-enrolment data documented. The final numbers for analysis thus included 414 participants randomised to control and 1048 to intervention according to their first ICU admission. A single ICU stay was documented for 1386 (94.8%) patients, and up to six ICU readmissions were documented for 76 patients during the trial (66 patients had 2, 7 had 3, 2 had 4, and 1 patient had 6 ICU stays over time [one single cluster, each time on the control condition]). Overall, a total number of 14,783 QI days were evaluated (Appendix, Figs. S3–4). The median number of ICU stays across clusters was 100



(IQR 73–230). The median number of QI days per patient was 5 (IQR 2–11) (Table S3).

Patient-level characteristics at the time of first ICU admission are displayed in Table 1. There were no major differences between both cohorts with respect to demographic characteristics and primary admission diagnosis. However, the severity of illness at baseline was lower for patients treated on standard of care vs on intervention [median SOFA at the first QI day: 4 (IQR 1–7) vs. 6 (3–9); median SAPS II at the first QI day: 28 (IQR 16–42.25) vs. 35 (22–48)]. On control condition, patients were more frequently admitted due to medical reasons (50.2% vs. 42.8%) and admitted from emergency medical services (32% vs. 24.8%) and wards (19.8% vs. 15.5%), but fewer postoperative admissions (38% vs. 44.8%) were observed compared to during the intervention period.

### Primary outcomes

For 97.4% (1512/1553) of ICU stays, QI adherence data were assessed daily throughout the patient's ICU stay, indicating a high level of completeness regarding primary outcome data. In the confirmatory model-based principal analysis, the intervention, as implemented, significantly increased the odds for adherence on seven of eight QIs (Table 2). For QI 1 (daily multi-professional and interdisciplinary clinical visits), no evidence of a difference in adherence between both treatment conditions was found in the principal model (adjusted relative difference of OR 1.606, 99.375% CI 0.780–3.309;  $p=0.073$ ). However, we observed a positive effect of the exposure time on QI adherence (i.e., the cluster-specific time since the beginning of the intervention) for QI 1 (OR 1.394, 1.228–1.582), which declines after

**Table 1 Population characteristics of the intention-to-treat (ITT) population according to date of first ICU admission**

Variable	Control (n = 414)	Intervention (n = 1048)
Age (years), mean (SD)	68.74 (14.41)	67.25 (14.88)
Gender, n (%)		
Female	186 (44.9%)	477 (45.5%)
Male	228 (55.1%)	571 (54.5%)
Admission status, n (%)		
Medical	208 (50.2%)	449 (42.8%)
Emergency surgery	105 (25.4%)	319 (30.4%)
Elective surgery	93 (22.5%)	259 (24.7%)
Missing	8 (1.9%)	21 (2%)
Admission source, n (%)		
Emergency medical services	141 (32%)	276 (24.8%)
Surgical	167 (38%)	499 (44.8%)
Normal ward	87 (19.8%)	173 (15.5%)
Other ICU	20 (4.5%)	86 (7.7%)
External	25 (5.7%)	79 (7.1%)
ICU primary admission diagnosis, n (%)		
Respiratory	49 (11.7%)	102 (9.8%)
Sepsis/infection	65 (15.5%)	167 (16%)
Gastrointestinal	47 (11.2%)	104 (10%)
Cardiovascular	101 (24%)	281 (27%)
Trauma	42 (10%)	92 (8.8%)
Neurologic	33 (7.9%)	107 (10.3%)
Metabolic or endocrine	20 (4.8%)	36 (3.5%)
Oncologic	55 (13.1%)	140 (13.4%)
Other†	8 (1.9%)	13 (1.2%)
SOFA score (at first QI day)		
Mean (SD)	4.32 (3.9)	6.14 (3.88)
Median (IQR)	4 (1–7)	6.00 (3–9)
SAPS II score (at first QI day)		
Mean (SD)	30.58 (18.61)	36.17 (18.9)
Median (IQR)	28 (16.00–42.25)	35 (22–48)
Missing, n (%)	2 (<0.01%)	10 (0.01%)

In the case of multiple enrolment, the first (index) ICU stay is displayed. 11 patients were enrolled on control condition during their index ICU stay, and on intervention at one or more subsequent ICU stays

ICU intensive care unit, IQR interquartile range, SAPS II Simplified Acute Physiology Score II, SD standard deviation, SOFA Sequential Organ Failure Assessment Score

† Other includes removal of osteosynthesis plate, urolithiasis, medication-induced osteonecrosis of the jaw bone, pregabalin intoxication, acute kidney injury, catatonic schizophrenia, autoimmune haemolytic anaemia, and ureteral stenosis

the start of the telemedical care by 20.9% per month (OR 0.791, 0.69–0.908). Results were not robust across all supportive analyses taking into account the time adopting the intervention (assuming categorical temporal effects) and differing variance components. However, sensitivity analysis with both sequence group and exposure time (Appendix, sensitivity analysis model SM.4) supported the findings of the principal model, i.e., the lack of an intervention effect and a significant

temporal effect which was considerably diminished after switch to the intervention.

A beneficial intervention effect on the guideline adherence was revealed for ICU performance indicators QI 2 (OR 5.328, 3.395–8.358), QI 3 (OR 2.248, 1.198–4.217), QI 4 (OR 9.049, 2.707–30.247), QI 6 (OR 4.397, 1.482–13.037), QI 7 (OR 1.579, 1.032–2.416), QI 8 (OR 6.787, 3.976–11.589), and QI 9 (OR 3.161, 2.160–4.624).

**Table 2 Primary efficacy end points in the principal analysis**

Guideline adherence on quality indicator	Adjusted analyses *									
	Marginal means at time 0					OR				
	Control	Intervention	Absolute difference	Treatment	p value	Time	p value	Treatment x time	p value (for interaction)	ICC
Q1 (daily multi-professional and interdisciplinary clinical visits with documentation of daily goals)	0.977 (0.915; 0.994)	0.985 (0.945; 0.996)	0.009 (- 0.009; 0.026)	1.606 (0.78; 3.309)	0.073	1.394 (1.228; 1.582)	<0.001	0.791 (0.69; 0.908)	<0.001	0.255
Q2 (management of sedation, analgesia and delirium)	0.084 (0.026; 0.243)	0.329 (0.125; 0.627)	0.245 (0.06; 0.43)	5.328 (3.395; 8.358)	<0.001	0.991 (0.904; 1.087)	0.793	0.982 (0.892; 1.081)	0.607	0.284
Q3 (patient-adapted ventilation)	0.952 (0.911; 0.975)	0.978 (0.959; 0.989)	0.026 (0.001; 0.051)	2.248 (1.198; 4.217)	<0.001	1.05 (0.931; 1.185)	0.264	0.937 (0.825; 1.063)	0.158	0.044
Q4 (early weaning from invasive ventilation)	0.994 (0.983; 0.998)	0.999 (0.998; 1)	0.005 (- 0.001; 0.011)	9.049 (2.707; 30.247)	<0.001	0.833 (0.681; 1.017)	0.012	1.094 (0.878; 1.365)	0.264	0.124 <sup>†</sup>
Q6 (measures for infection management)	0.994 (0.982; 0.998)	0.999 (0.995; 1)	0.005 (- 0.001; 0.011)	4.397 (1.482; 13.037)	<0.001	1.123 (0.942; 1.339)	0.07	0.857 (0.703; 1.045)	0.033	0.091 <sup>†</sup>
Q7 (early enteral nutrition)	0.893 (0.846; 0.927)	0.93 (0.896; 0.953)	0.036 (0; 0.072)	1.579 (1.032; 2.416)	0.003	0.995 (0.919; 1.077)	0.863	0.979 (0.898; 1.068)	0.512	0.022
Q8 (documentation of structured patient and family communication)	0.851 (0.676; 0.94)	0.975 (0.933; 0.991)	0.124 (0.017; 0.231)	6.787 (3.976; 11.589)	<0.001	0.815 (0.737; 0.901)	<0.001	0.931 (0.837; 1.035)	0.065	0.163
Q9 (early mobilization)	0.917 (0.759; 0.975)	0.972 (0.908; 0.992)	0.055 (- 0.008; 0.119)	3.161 (2.16; 4.624)	<0.001	0.834 (0.769; 0.904)	<0.001	1.106 (1.015; 1.205)	0.001	0.331

Marginal means (with 99.375% CIs) at the start of the intervention (time=0), i.e., overall immediate effect at implementation (step change). Effects (with 99.375% CIs) reported as absolute differences in marginal probabilities and Odds ratios for Q1 adherence on intervention vs. standard of care

CI confidence interval, OR odds ratio, Q1 quality indicator, ICC cluster-level intra-class correlation coefficient

\*Mixed-effects logistic regression models adjusted for time, with random intercepts for patient and centre levels. Treatment: intervention vs. control condition (reference level). Time is defined as cluster-specific exposure time (in months). Treatment x time depicts the interaction effect. The difference is expressed as intervention minus control, and the ratio as odds of the outcome for the intervention compared with the control period. p values unadjusted for multiple testing (type 1 error of alpha/8 = 0.625%; see "Methods" section)

<sup>†</sup> ICC for the model "SM.5" (sensitivity analyses) instead of the principal model due to low between-clusters variance and related variance components could not be fitted (see Appendix for details)

Furthermore, we found a negative temporal trend attenuating the adherence to QI 4 (OR 0.833, 0.681–1.017), to QI 8 (OR 0.815, 0.737–0.901), and to QI 9 (OR 0.834, 0.769–0.904) in the course of time after start of the intervention. For QI 9, however, the negative effect of exposure time was partially compensated, as indicated by the positive interaction between exposure time and treatment (OR 1.106, 1.015–1.205). Quantitative results of the confirmatory analyses for each QI and cluster are displayed in Fig. 2 illustrating statistically significant level changes in adherence for all QIs except QI 1 with start of the intervention, and positive (QI 1) or negative (QI 4, 8, and 9) confounding temporal effects suggesting the intervention effect was not consistent over time. Additionally, the figure reveals an already high QI adherence during the control phase for all indicators except QI 2, and a substantial heterogeneity between clusters. The ICC for most of the QIs (except QI 4 and QI 6) was far higher than expected in the planning stage showing a high degree of similarity among patients from the same cluster which reduces overall power and resulting precision (Appendix, p. 21–24).

### Secondary outcomes

Table 3 provides details of mechanical ventilation during patients' index ICU stay. Patients treated on intervention condition were more frequently mechanically ventilated than patients treated on control condition [74.3% (779 patients) vs. 60.6% (251 patients)]. The median duration of mechanical ventilation was, however, similar among patients on intervention and control (79 (IQR 20–251) hours vs 71 (IQR 16–204) hours).

With respect to the patients' discharge position after their index ICU stay, more patients were referred to another ICU after being treated on intervention compared to standard of care [20.2% (212 patients) vs. 11.3% (47 patients)]. 1313 patients were discharged alive from the index ICU stay, and 258 patients died within 240 days after index ICU discharge (73 patients treated on control, 185 on intervention). 922 survivors received at least one follow-up. 814 patients received the first follow-up (median 93 (IQR 81–117) days after discharge), and 786 patients received a second follow-up visit (median 199 (IQR 181–238) days after discharge). Last post-ICU follow-up assessment took place on November 17, 2020.

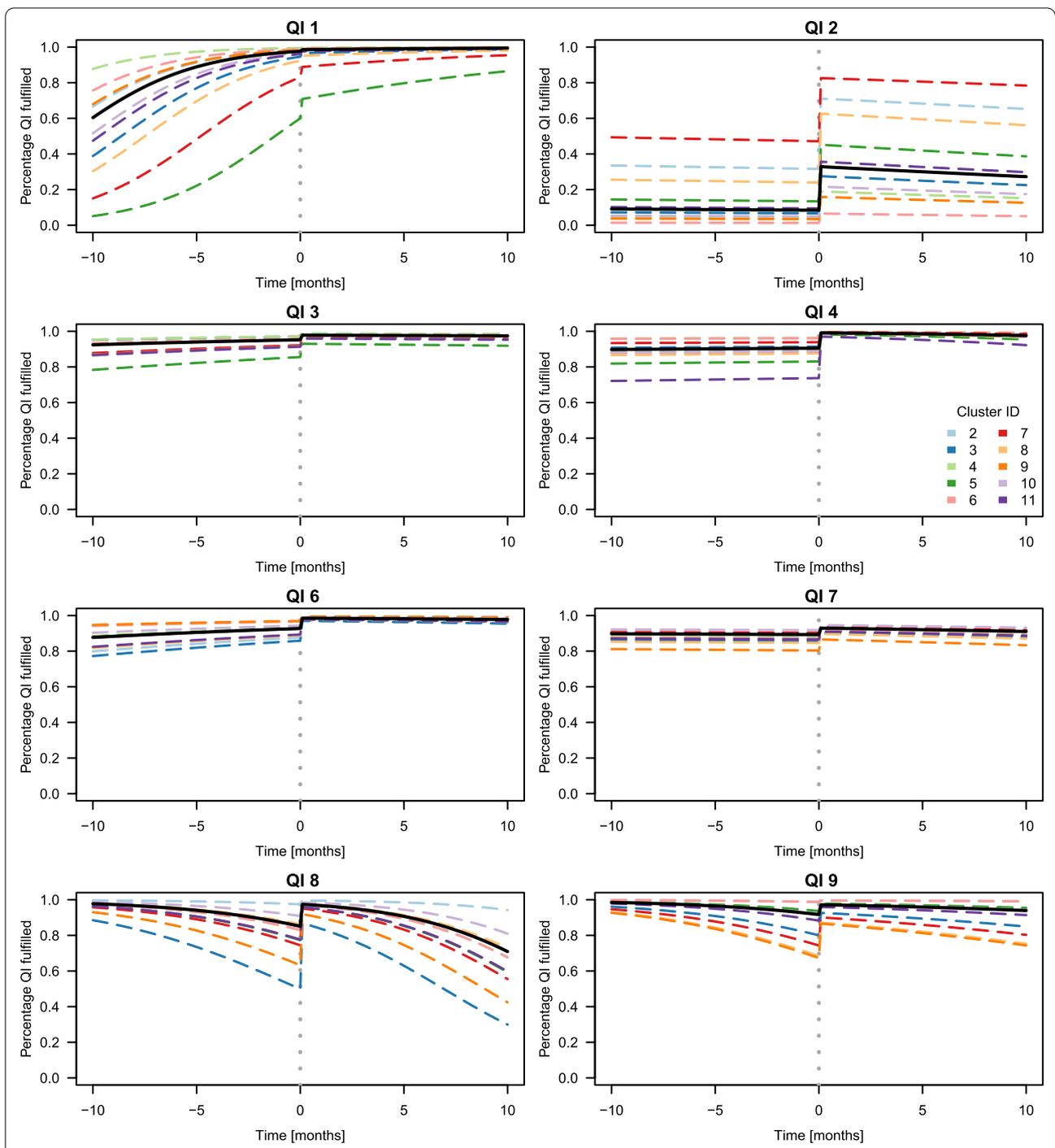
Altogether, 385 deaths were reported up to day 180 post-enrolment, 107/414 patients (25.85%) treated on control, and 278/1048 patients (26.53%) on intervention condition. A Cox proportional hazards model with frailty term for cluster and adjusting for baseline SAPS II and SOFA score revealed no significant beneficial effect of the telemedical intervention on overall 180-day

mortality compared with standard of care (HR 0.847, 95% CI 0.668–1.073;  $p=0.170$ ), see Appendix (Fig. S5) for estimated cumulative incidence of death. There was no statistically significant difference in the intervention vs control condition regarding median (IQR) ICU LOS (6 [4–13] days vs 5 [3–11] days; unadjusted ratio 1.079, 95% CI 0.967–1.204;  $p=0.173$ ).

### Discussion

The ERIC trial demonstrated the comparative effectiveness of a telemedical programme in a network of 12 clusters of ICUs in the area of Berlin and Brandenburg. The odds for adherence to seven of eight QIs was significantly increased for patients receiving the intervention vs. standard of care (although below the predefined minimum clinically important absolute difference of 10% [intervention minus control]). The daily intervention as implemented was most effective on the domains for sedation, analgesia and delirium (QI 2), early weaning from invasive ventilation (QI 4), and documentation of patient and family communication (QI 8). Only for QI 1 (daily multi-professional and interdisciplinary clinical visits), no significant difference in adherence between telemedicine-based care and standard of care was found.

Previous studies have primarily explored short-term mortality and hospitalisation time as primary outcome. In two systematic reviews with meta-analyses, tele-ICU programmes were associated with a reduction in mortality (ICU and hospital) and ICU LOS [5, 6], but only one meta-analysis revealed a statistically significant and clinically relevant lower hospital LOS [5]. Another systematic review, however, revealed a reduction in ICU mortality and LOS, but no beneficial effect regarding in-hospital mortality and LOS [22]. These contradictory findings may be explained by the observational design of these studies and differing confounders in the before-after designs [5]. There were notable differences regarding various characteristics in the studies with respect to used technology and hospitals. Most importantly, tele-ICU intensivist autonomy and ICU practice prior to tele-ICU implementation is a study-specific feature that should be considered [6]. Only one study that was included in the abovementioned reviews on tele-ICU programmes investigated the effectiveness of telemedical care on adherence to evidence-based practice [8]. Using a before-versus-after design, they found that patients undergoing telemedicine were more likely to receive best-practice therapy for the prevention of deep vein thrombosis, stress ulcers, ventilator-associated pneumonia, and cardiovascular protection. In another study, pharmacological, telemedical consultations during night hours revealed significantly more guideline-conformed daily sedation interruptions [23]. A German multicentre



**Fig. 2** Mean QI adherence [percentages] over time before and after implementation of the intervention (model-based principal analysis for each patient QI). Black continuous lines display the global (marginal) effect (fixed effects without random effects) for each QI. Coloured dashed lines display the fixed effects and cluster-specific intercepts (without patient-specific intercepts). Vertical dashed grey line: actual switch from control to the intervention period. For QI 4 and QI 6, the principal model could not estimate the variance component for the cluster-specific intercepts (due to lack of variability). Therefore, estimates of the sensitivity analysis model SM.5 are displayed (see Appendix for further details)

**Table 3 Mechanical ventilation and ICU discharge position of patient's index (first) ICU stay in the ITT population, stratified by treatment condition (control vs. intervention)**

Variable	Control (n = 414)	Intervention (n = 1048)	Total (n = 1462)
Received mechanical ventilation, n (%)	251 (60.63)	779 (74.33)	1030 (70.45)
Duration of mechanical ventilation of mechanically ventilated patients (hours)			
Median (IQR)	71 (16–204)	79 (20–251)	77 (19–236)
Mean (SD)	196.17 (343.75)	212.02 (320.18)	208.16 (325.98)
ICU discharge disposition, n (%)			
Hospital ward	295 (71.26)	654 (62.4)	949 (64.91)
Home	4 (0.97)	8 (0.76)	12 (0.82)
Other ICU*	47 (11.35)	212 (20.23)	259 (17.72)
Rehabilitation facility	19 (4.59)	55 (5.25)	74 (5.06)
Nursing facility	2 (0.48)	3 (0.29)	5 (0.34)
Missing†	2 (0.48)	12 (1.15)	14 (0.96)
Death at ICU	45 (10.87)	104 (9.92)	149 (10.19)

Study-related ICU readmissions not considered in this table (i.e., only the first study-related ICU stay counted)

\*76 patients with study-related subsequent ICU stays at participating sites

† Item related to discharge position not documented

SW-CRT recently revealed that tele-ICU support significantly improved sepsis management guideline compliance, but sepsis-related mortality (subgroup of 276 sepsis patients) was not significantly reduced [9]. It remains to be seen if increased QI adherence translates into better patient outcomes—the current evidence appears insufficient and conflicting. For example, one study showed that increasing guideline adherence to more than 70% is necessary for quantitative outcome effects to be observed in infectious disease management [24], but data also suggest that improvements from a very high baseline adherence (>90%) result in better patient outcomes. We also observed an attenuation of adherence to three QIs over time that is comparable to educational programmes and might indicate a demand to repeat the blended learning or the on-the-job training [25].

The strengths of this study include its innovative stepped-wedge design which allows for rigorous evaluation of a large-scale intervention implemented in different types of hospitals, ranging from large academic centres to small community hospitals. The heterogeneous study population consisted of adults with, e.g., cardiovascular, sepsis/infectious, oncological, or trauma primary admission diagnoses, supporting the real-world pragmatic trial character. Hence, our study patients reflect the multidisciplinary nature of intensive care medicine and can be generalised, as the sample is representative for the German ICU population.

We investigated the feasibility of this telemedical implementation in a defined local network of ICUs. Upon the end of recruitment (last patient first visit on March 31, 2020), the network was scaled up for the management of the COVID-19 pandemic, and international programmes adopted the telemedical approach, which is indicative for a high acceptance within the critical care community.

This pragmatic superiority trial has several limitations. First, there may have been selection bias as cluster-level participation was on a voluntary basis. We might have recruited a population of clusters already showing a high motivation before the study to improve their quality of care. Clinical sites already showed a high level of performance during the control period prior to the implementation of the intervention (Fig. 2), which was above the average baseline level of adherence documented in the literature and expected during the planning phase [13, 14, 26–30]. Second, 44.6% (652/1462) of patients were enrolled at two highly recruiting academic clusters affiliated to the sponsor of the trial providing the tele-ICU. Thus, trial findings may not be fully applicable to Germany's hospital landscape. Third, clusters' trial participation and the consequent focus on the QIs may have already resulted in better QI adherence, irrespective of the treatment condition. This so-called Hawthorne effect observed in previous quality improvement studies may have been aggravated by the training of QI experts for each cluster already during the control phase [31]. These experts may have put more attention on the QIs in the study centres, even before transitioning to the intervention phase. Hence, we may have overestimated QI adherence on standard of care. Fourth, the sample size calculation performed in 2015 was rather pragmatic due to difficulties obtaining reliable values for the correlation structure at the design stage. However, the resulting 99.375% confidence intervals for estimators for intervention effects regarding all 8 QIs indicate a high level of precision based on the actual design features. Therefore, we believe to have made rather conservative assumptions. Fifth, the trial was not powered with respect to secondary endpoints (e.g. survival) which limits the interpretation of these endpoints. We evaluated the immediate effect of the telemedical intervention on the QI adherence and the sustained effect on the 6-month all-cause mortality. The trial did not analyse if the effect regarding QIs translates into a survival benefit. This so-called surrogacy between QI adherence and survival was not the focus of our trial [32, 33]. Even if higher QI adherence were associated with better survival, its surrogacy in the context of the telemedical intervention is still not evident. If QI adherence only has a short-term effect on survival but no effect on the 6-month or 12-month survival rates, a general survival benefit may not be seen by a standard survival

analysis. Sixth, patients enrolled on intervention showed a significantly higher severity of illness (according to baseline SAPS II and SOFA scores). Participating centres may have selected patients in the intervention phase who they considered to benefit most from the telemedical intervention. This identification and recruitment bias may have diluted a beneficial effect in survival between patients treated on intervention vs. control condition.

In conclusion, a structured, bundled telemedical intervention implemented in a diverse local network of hospitals in Germany improved the quality of care compared to standard of care. Although the primary efficacy endpoints were met, further research is needed to evaluate the generalizability outside the German healthcare sector and in a broader setting of regional, non-academic community hospitals. It is also important to explore long-term intervention sustainability. Therefore, future controlled trials in Germany should be designed to investigate the effectiveness of virtual care networks on long-term survival and early and late post-ICU functional impairments in a well-defined ICU population.

#### Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06949-x>.

#### Author details

<sup>1</sup> Department of Anaesthesiology and Operative Intensive Care Medicine (CCM, CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Germany. <sup>2</sup> Institute for Medical Information Processing, Biometry and Epidemiology (IBE), Ludwig-Maximilians-Universität (LMU), Campus Grosshadern, Munich, Germany. <sup>3</sup> Department of Health Care Management, Technische Universität Berlin, Berlin, Germany. <sup>4</sup> Fraunhofer Institute for Open Communication Systems, Berlin, Germany. <sup>5</sup> BARMER Statutory Health Insurance Company, Wuppertal, Germany. <sup>6</sup> Weaning- and Ventilation Centre, Ernst von Bergmann Klinik, Bad Belzig, Germany.

#### Acknowledgements

The authors are most grateful to the patients for their willingness to participate in this research, as well as to the recruiting study centres for their support in conducting the trial. We would also like to thank the students that contributed to the data collection. This was an investigator-initiated trial funded by the German Innovation Fund (Innovationsfonds) of the Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA), grant no. 01NVF16011. The funding body had no role in study design, data collection, analysis, interpretation, drafting this manuscript, or deciding to submit the manuscript for publication.

ERIC Study Group: Moritz F. Adam, Lucas Albers, Nicolai Andrees, Sascha Barstsch, Sabine Becherer, Felix Busch, Jonas Cittadino, Eva M. Düllmann, Andreas Edel, Lisa Eymold, Cynthia S. Franke, Martina Gaßner, Maximilian Goedecke, Susanne Görtzen, Julius Grunow, Julian Herm, Moritz Höft, Marc Kastrup, Sascha Kirsten, Robin Kleinwächter, Anna-C. Knauth, Max R. Krautz, Alexandr Melnikov, Mario Menk, Michele Ocken, Elena L. Ribet Buse, Ivo Pobering, Birgit Puhlmann, Christian Pille, Max Rosenthal, Kerstin Roßberg, Kay Rumschüssel, Maximilian Schmidt, Sebastian Schmidt, Franziska Staerck, Karin Steinecke, Sascha Tafelski, Steffen Weber-Carstens, Renata Wojcik, Thomas Kibat, Philipp Landgraf, Torsten Schröder, Belinda Memmert (Department of Anaesthesiology and Operative Intensive Care Medicine (CCM, CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin). Ralf Lorenz (Department of Surgery, Campus Virchow-Klinikum and Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin). Stefan Angermair, Sascha Treskatsch, Stephan Niemetz,

Marlies Vogler (Department of Anaesthesiology and Operative Intensive Care Medicine (CBF), Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Germany). Felix Balzer, Sebastian Boie (Institute of Medical Informatics, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Germany). Tobias Klöpfer, Thomas König (Anesthesia, Intensive Care and Emergency Medicine, Maria Heimsuchung Caritas Klinik Pankow, Berlin, Germany). Stefan Heidemann, Ulf Sander, Maren Schmidt, Dirk Weiland (Clinic for Anesthesiology, Intensive Care, Pain Medicine, Klinikum Barnim Werner-Forßmann-Krankenhaus, Eberswalde, Germany). Askin Büyüközer, Stephan-Matthias Reyle-Hahn, Arne Röhrs (Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau, Berlin, Germany). Jan-Peter Braun, Tobias Moormann (Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin, Germany). Anja Heymann, Jürgen Janke (Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Evangelisches Krankenhaus Hubertus, Berlin, Germany). Carsten Sanft, Marc Schmittner, Hans-Joachim Janssen (Clinic for Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine, Unfallkrankenhaus Berlin (UKB), Berlin, Germany). Carola Looock, Jens-Peter König (Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Sana Klinikum Lichtenberg, Berlin, Germany). Edmund Hartung, Wilma Klink (Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Klinikum Frankfurt Oder, Frankfurt (Oder), Germany). Melanie Rahmel, Julika Schön (Department of Anesthesiology and Intensive Care, Brandenburg Medical School, Neuruppin, Germany). Georg Fritz (Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg, Bernau, Germany). Lutz Nibbe, Michael Oppert, Steffen Rohde, Susanne Röber (Center for Emergency and Intensive Care Medicine, Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam, Germany). Alexander Geissler (Department of Healthcare Management, School of Medicine, University of St. Gallen, St. Gallen, Switzerland). Jörg Caumanns (Fraunhofer Institute for Open Communication Systems, Berlin, Germany). Beata Hennig (BARMER Statutory Health Insurance Company, Wuppertal, Germany). Mareen Pigorsch (Institute of Biometry and Clinical Epidemiology, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Germany).

#### Author contributions

CDS, BW, and SR conceptualised the trial. As coordinating investigator, CDS initiated the collaborative project, was the sponsor-delegated person of this trial, and is the guarantor. CA and UMan designed the trial, contributed to the preceding research proposal leading to the funding of the trial and study protocol, and conducted the independent evaluation regarding clinical effectiveness. EB and RB were responsible for all legal aspects of the implementation of the intervention and conducted supporting health-economic analyses. BW was in charge of the trial conduction and management. NP coordinated post-ICU follow-up visits and contributed to trial management. UMar had oversight from the statutory health insurance and the legal trial aspects affecting German health insurances. BK set up the IT infrastructure of the intervention, implemented the REDCap eCRF, and prepared the EU tender, together with CDS and BW. CDS, NP, CD, HK, ED, BW, and all investigators of the recruiting study sites acquired the data. CDS, NP, CA, and BW wrote the first draft. NP and CA contributed equally to the work and are joint second authors. CA and UMan performed the statistical analyses, created tables and figures, and the appendix. All authors have critically read, contributed with input and revisions, and approved the final manuscript.

#### Funding

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. Funding was provided by the German Innovation Fund of the Federal Joint Committee.

#### Data sharing

Data cannot be shared publicly because participants did not explicitly consent to the sharing of their data as per European Union's General Data Protection Regulation (EU GDPR) and the corresponding German privacy laws. Upon request, researchers who meet the criteria for access to confidential data can be given access to the selected raw data for further scientific projects provided the positive evaluation of a scientific application by the Data Use and Access Committee of the Charité and the coordinating investigator. Data will be made available for a minimum of 3 years after publication.

#### Declarations

## Conflicts of interest

CDS, UMan, UM, SR, BK, and RB were recipients of the funding grant of the Federal Joint Committee (01NVF16011). In addition, CDS reports grants from Deutsche Forschungsgemeinschaft/German Research Society, grants from Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (DLR)/German Aerospace Center, grants from Einstein Stiftung Berlin/Einstein Foundation Berlin, grants from Gemeinsamer Bundesausschuss/Federal Joint Committee (G-BA), grants from Inneruniversitäre Forschungsförderung/Inner University Grants, grants from Projektträger im DLR/Project Management Agency, grants from Stifterverband/Non-Profit Society Promoting Science and Education, grants from European Society of Anaesthesiology and Intensive Care, grants from Baxter Deutschland GmbH, grants from Cytosorbents Europe GmbH, grants from Edwards Lifesciences Germany GmbH, grants from Fresenius Medical Care, grants from Grünenthal GmbH, grants from Masimo Europe Ltd., grants from Pfizer Pharma PFE GmbH, personal fees from Georg Thieme Verlag, grants from Dr. F. Köhler Chemie GmbH, grants from Sintetica GmbH, grants from Stifterverband für die deutsche Wissenschaft e.V./Philips, grants from Stiftung Charité, grants from AGUETTANT Deutschland GmbH, grants from AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, grants from Amomed Pharma GmbH, grants from InTouch Health, grants from Copra System GmbH, grants from Corveio GmbH, grants from Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V., grants from Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI), grants from Stifterverband für die deutsche Wissenschaft e.V./Metronic, grants from Philips ElectronicsNiederland BV, grants from BMG/RKI, grants from BMBF, grants from BMBF, grants from Deutsche Forschungsgemeinschaft/German Research Society, grants from Drägerwerk AG & Co. KGaA, grants from BMBF, outside the submitted work; in addition, CDS has a patent 10 2014 215 211.9 licensed, a patent 10 2018 114 364.8 licensed, a patent 10 2018 110 275.5 licensed, a patent 50 2015 010 534.8 licensed, a patent 50 2015 010 347.7 licensed, and a patent 10 2014 215 212.7 licensed. BW reports grants from the European Society of Intensive Care Medicine and personal fees from Orion Pharma, Dr. F. Köhler Chemie and BARMER, outside the submitted work. RB reports grants from Innovation Fund of the Joint Federal Committee (G-BA), Federal Ministry of Education and Research (BMBF), Federal Ministry of Health (BMG), German Academic Exchange Service (DAAD), European Commission, Federal Association of Sickness Funds, Ministry of Social Affairs, Health and Integration in Baden-Württemberg and the WHO, and personal fees from Astellas, BARMER, B. Braun, Pfizer, Sana, and Vivantes, outside the submitted work. NP, SR, HK, CD, ED, EB, UM, BK, CA, and UMan report no conflict of interest.

## Open Access

This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

## Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Received: 24 July 2022 Accepted: 1 December 2022

Published online: 16 January 2023

## References

1. Federal Statistical Office. Basic data of hospitals 2019. Wiesbaden, Deutschland, 2020

2. Kahn JM, Brake H, Steinberg KP (2007) Intensivist physician staffing and the process of care in academic medical centres. *BMJ Qual Saf* 16(5):329–333
3. Angus DC, Shorr AF, White A, Dremsizov TT, Schmitz RJ, Kelley MA (2006) Critical care delivery in the United States: distribution of services and compliance with Leapfrog recommendations. *Crit Care Med* 34(4):1016–1024
4. Wilcox ME, Chong CA, Niven DJ et al (2013) Do intensivist staffing patterns influence hospital mortality following ICU admission? A systematic review and meta-analyses. *Crit Care Med* 41(10):2253–2274
5. Wilcox ME, Adhikari NKJ (2012) The effect of telemedicine in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Crit Care* 16(4):R127
6. Chen J, Sun D, Yang W et al (2018) Clinical and economic outcomes of telemedicine programs in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *J Intensive Care Med* 33(7):383–393
7. Kalvelage C, Rademacher S, Dohmen S, Marx G, Benstoem C (2021) Decision-making authority during tele-ICU care reduces mortality and length of stay—a systematic review and meta-analysis\*. *Crit Care Med* 49(7):1169–1181
8. Lilly CM, Cody S, Zhao H et al (2011) Hospital mortality, length of stay, and preventable complications among critically ill patients before and after tele-ICU reengineering of critical care processes. *JAMA* 305(21):2175–2183
9. Marx G, Greiner W, Juhra C et al (2022) An innovative telemedical network to improve infectious disease management in critically ill patients and outpatients (TELnet@NRW): stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 24(3):e34098
10. Kumpf O, Braun JP, Brinkmann A et al (2017) Quality indicators in intensive care medicine for Germany—third edition 2017. *GMS German Med Sci* 15:Doc10
11. Pronovost PJ, Miller MR, Dorman T, Berenholtz SM, Rubin H (2001) Developing and implementing measures of quality of care in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 7(4):297–303
12. Rhodes A, Moreno RP, Azoulay E et al (2012) Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Intensive Care Med* 38(4):598–605
13. Martin J, Parsch A, Franck M, Wernecke KD, Fischer M, Spies C (2005) Practice of sedation and analgesia in German intensive care units: results of a national survey. *Crit Care* 9(2):R117
14. Martin J, Franck M, Fischer M, Spies C (2006) Sedation and analgesia in German intensive care units: how is it done in reality? Results of a patient-based survey of analgesia and sedation. *Intensive Care Med* 32(8):1137–1142
15. Hemming K, Taljaard M, McKenzie JE et al (2018) Reporting of stepped wedge cluster randomised trials: extension of the CONSORT 2010 statement with explanation and elaboration. *BMJ* 363:k1614
16. Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG (2012) Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 345:e5661
17. Adrien C, Weiss B, Paul N et al (2020) Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC): study protocol for a German stepped wedge cluster randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of a critical care telehealth program on process quality and functional outcomes. *BMJ Open* 10(9):e036096
18. White IR, Carpenter J, Horton NJ (2012) Including all individuals is not enough: lessons for intention-to-treat analysis. *Clin Trials* 9(4):396–407
19. O'Kelly M, Ratitch B (2014) Clinical trials with missing data: a guide for practitioners. New Jersey, USA: John Wiley & Sons
20. Molenberghs G, Thijs H, Jansen I et al (2004) Analyzing incomplete longitudinal clinical trial data. *Biostatistics* 5(3):445–464
21. Nakagawa S, Johnson PCD, Schielzeth H (2017) The coefficient of determination R<sup>2</sup> and intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed-effects models revisited and expanded. *J R Soc Interface* 14(134):20170213
22. Young LB, Chan PS, Cram P (2011) Staff acceptance of tele-ICU coverage: a systematic review. *Chest* 139(2):279–288
23. Forni A, Skehan N, Hartman CA et al (2010) Evaluation of the impact of a tele-ICU pharmacist on the management of sedation in critically ill mechanically ventilated patients. *Ann Pharmacother* 44(3):432–438

- 
24. Nachtigall I, Tamarkin A, Tafelski S et al (2009) Impact of adherence to standard operating procedures for pneumonia on outcome of intensive care unit patients\*. *Crit Care Med* 37(1):159–166
  25. Deffland M, Spies C, Weiss B et al (2020) Effects of pain, sedation and delirium monitoring on clinical and economic outcome: a retrospective study. *PLoS ONE* 15(9):e0234801
  26. Radtke FM, Heymann A, Franck M et al (2012) How to implement monitoring tools for sedation, pain and delirium in the intensive care unit: an experimental cohort study. *Intensive Care Med* 38(12):1974–1981
  27. Nachtigall I, Tafelski S, Günzel K et al (2014) Standard operating procedures for antibiotic therapy and the occurrence of acute kidney injury: a prospective, clinical, non-interventional, observational study. *Crit Care* 18(3):R120
  28. Bellani G, Laffey JG, Pham T et al (2016) Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. *JAMA* 315(8):788–800
  29. Nydahl P, Ruhl AP, Bartoszek G et al (2014) Early mobilization of mechanically ventilated patients: a 1-day point-prevalence study in Germany\*. *Crit Care Med* 42(5):1178–1186
  30. Scheffebichler FT, Teja B, Wongtangman K et al (2021) Effects of the level and duration of mobilization therapy in the surgical ICU on the loss of the ability to live independently: an international prospective cohort study. *Crit Care Med* 49(3):e247–e257
  31. De Jong A, Jaber S (2015) From weaning theory to practice: implementation of a quality improvement program in ICU. *Intensive Care Med* 41(10):1847–1850
  32. Baker SG, Kramer BS (2003) A perfect correlate does not a surrogate make. *BMC Med Res Methodol* 3(1):16
  33. Veldhoen RA, Howes D, Maslove DM (2020) Is mortality a useful primary end point for critical care trials? *Chest* 158(1):206–211

**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Intensivmedizinische telemedizinische Visiten, Zentren  
für Intensivmedizin, Standort Kinderonkologie**

Vom 27. Februar 2023

<b>Vorsitzender:</b>	Herr Professor Hecken
<b>Beginn:</b>	11:00 Uhr
<b>Ende:</b>	12:15 Uhr
<b>Ort:</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin (Hybridsitzung)

## **Teilnehmende der Anhörung**

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH):  
Herr Prof. Dr. Seitz

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend-medicin (DGKJ), Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR):  
Herr Prof. Dr. Ebinger

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI):  
Herr Prof. Dr. Marx

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN):  
Herr Prof. Dr. Ertl  
Herr Prof. Dr. Pfeifer

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI):  
Herr Prof. Dr. Zwißler

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK):  
Herr Prof. Dr. Wengenmayer

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG):  
Herr Prof. Dr. Markewitz

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU):  
Herr Dr. Hamsen

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN):  
Herr Prof. Dr. Kuhlmann  
Frau Dr. Abu-Tair

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP):  
Frau Dr. Nehls

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGPB):  
Herr Prof. Dr. Randerath

ERIC Konsortium Charité (ERIC):  
Herr Prof. Dr. Busse  
Herr Dr. Weiß

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmenden sind der Hybridsitzung beigetreten.)

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Meine sehr verehrten Damen und Herren, es ist genau 11 Uhr. Wir können pünktlich beginnen. – Herzlich willkommen zunächst einmal sowohl an alle Anwesenden wie auch an alle digital Zugeschalteten. Wir sind heute zum ersten Mal in größerem Präsenzformat wieder beisammen. Das ist schön, viele Leute nach einigen Jahren auch noch mal Live und in Farbe zu sehen. Ich merke niemand ist gealtert in der Vergangenheit. Vor diesem Hintergrund sind wir alle optimistisch, auch was die Zukunft angeht, auch im Lichte dessen, was uns in der heutigen Sitzung an Tagesordnung bevorsteht. Das kann natürlich zu kurzfristigen Änderungen führen. Aber die sind morgen früh wieder weg.

Wir beginnen mit der mündlichen Anhörung zu den Änderungen der Zentrumsregelungen. Der Unterausschuss hatte in seiner Sitzung am 18. November 2022 beschlossen, zu einem durch die AG BASZ vorgelegten Beschlussentwurf zur Änderung der Anlage 2 „Onkologische Zentren“, sowie – und das sind die spannenderen Punkte – zu den Vorschlägen zum einen des unparteiischen Vorsitzenden zur Ergänzung der besonderen Aufgaben der intensivmedizinischen telemedizinischen Visiten sowie dazugehöriger Qualitätsanforderungen und über den Vorschlag der DKG zur Schaffung einer neuen Anlage 8 „Intensivmedizinische Zentren“ ein Stellungsverfahren durchzuführen.

Wir haben eine sehr intensive und rege Beteiligung am Stellungsverfahren gesehen. Das zeigt auch, dass die Thematik von hoher Relevanz ist und dann auch in der Versorgungspraxis auf großes Interesse stößt.

In der heutigen Anhörung wollen wir uns mit den eingegangenen Stellungnahmen noch einmal beschäftigen. Wir werden so verfahren, dass, nachdem ich die Anwesenheit festgestellt habe, zunächst die Bänke, Patientenvertretung und Ländervertreter die Möglichkeit haben, zu den eingegangenen Stellungnahmen Fragen zu stellen.

Die Stellungnehmer können davon ausgehen, dass wir alle ihre Stellungnahmen kennen. Es ist mehrfach darüber diskutiert und beraten worden.

Nach dieser Fragerunde werde ich den Stellungnehmer dann, unabhängig von den an sie gestellten Fragen, noch einmal die Möglichkeit geben, Ausführungen zu machen, sofern seit Abgabe der Stellungnahme Veränderungen eingetreten sein sollten, die noch bemerkenswert sind. Dann werden wir danach die Anhörung beenden können.

Wir führen heute Wortprotokoll. Deshalb muss ich die Stellungnehmer einzeln aufrufen, um das auch entsprechend im Wortprotokoll vermerken zu können.

Wir haben eine Stellungnahme erhalten von der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, die heute hier durch Herrn Professor Dr. Seitz vertreten sein müsste. – Herr Professor Seitz, sind Sie anwesend?

**Herr Prof. Dr. Seitz (DGKCH):** Ich bin da, ja!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Jawohl, ich sehe Sie. Danke! – Für die Gesellschaft Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie und Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie müsste Herr Professor Dr. Ebinger anwesend sein. – Ich sehe ihn, okay.

Dann müsste für die Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin Herr Professor Dr. Marx anwesend sein, den ich vor mir sehe. Herr Marx hat mit dem Kopf genickt. Also Herr Marx ist da und versteht uns.

Für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin werden durch Herrn Professor Dr. Ertl und durch Herrn Professor Dr. Pfeifer vertreten.

**Herr Prof. Dr. Ertl (DGIM, DGIIN):** Ich bin da, ja.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGIM, DGIIN):** Ich bin da.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Dann die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin vertreten durch Herrn Professor Zwißler. – Herr Zwißler? Fragezeichen, wir warten noch auf ihn.

Dann die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung, vertreten durch Herrn Professor Wengenmayer.

**Herr Prof. Dr. Wengenmayer (DGK):** Einen schönen guten Morgen in die Runde.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Guten Morgen, Herr Wengenmayer. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, vertreten durch Herrn Professor Dr. Markewitz.

**Herr Prof. Dr. Markewitz (DGTHG):** Guten Morgen! Hier bei der Arbeit.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Wunderbar! – Dann wird die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie durch Herrn Dr. Hamsen vertreten.

**Herr Dr. Hamsen (DGOU, DGOOC, DGU):** Ich bin hier. Guten Morgen!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Guten Morgen, Herr Hamsen. – Dann wird die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie durch Herrn Professor Kuhlmann und Frau Dr. Abu-Tair vertreten.

**Herr Prof. Dr. Kuhlmann (DGfN):** Ja, ich bin dabei.

**Frau Dr. Abu-Tair (DGfN):** Hallo, guten Morgen zusammen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Guten Morgen. – Dann wird die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin durch Frau Dr. Nehls vertreten.

**Frau Dr. Nehls (DGP):** Ich bin auch da. Guten Morgen!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Guten Morgen, Frau Nehls. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, vertreten durch Herrn Professor Dr. Randerath.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGPB):** Ja, ich bin hier.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Wunderbar! Guten Morgen, Herr Randerath. – Dann das ERIC Konsortium von der Charité, vertreten durch Herrn Professor Dr. Busse und durch Herrn Dr. Weiß.

**Herr Prof. Dr. Busse (ERIC):** Ja, ich bin da.

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Ja. Guten Morgen!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Wunderbar! Guten Morgen!

Jetzt frage ich noch einmal: Herr Professor Dr. Zwißler von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, sind Sie mittlerweile zugeschaltet? – Das ist noch nicht der Fall. Dann müssen wir einfach aufpassen, wenn er sich einloggt, wann er kommt.

Wie gesagt: Herzlich willkommen! – Ist noch jemand da, der nicht aufgerufen wurde? Das ist erkennbar nicht der Fall. Dann können wir mit der Anhörung beginnen. Ich würde jetzt zunächst entsprechend dem üblichen Modus den Vertretern der Bänke, der Patientenvertretung, den Ländervertretern die Möglichkeit geben, Fragen an die Stellungnehmer zu stellen. Wer möchte beginnen? – Die Deutsche Krankenhausgesellschaft beginnt. Bitte schön!

**DKG:** Herzlichen Dank! – Wir würden dann, glaube ich, gleich mit dem ERIC Konsortium beginnen. Und zwar – vielen Dank für Ihre Stellungnahme – wir hatten dieser entnommen, dass Sie sich für den Vorschlag B aussprechen. Vielleicht können Sie kurz noch ein paar Ausführungen dazu machen. Für uns ist natürlich auch noch wichtig, ob Sie das Konzept in der vorliegenden Form als tragfähig oder als geeignet einschätzen, oder ob Sie noch an einzelnen Positionen Hinweise für uns hätten. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Wer möchte antworten, Herr Busse oder Herr Weiß?

**Herr Prof. Dr. Busse (ERIC):** Ich dachte, dass Herr Weiß anfangen könnte und ich ergänze?

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Okay. Mir ist es egal. Es müsste nur einer beginnen. – Herr Weiß, dann haben Sie jetzt das Wort.

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Vielen herzlichen Dank. – Ja, das haben Sie richtig gesehen. Wir haben beide Vorschläge geprüft. Wir betrachten das Ganze natürlich aus der Brille des ERIC-Projektes. Das ERIC-Projekt ist ein intensivmedizinisches Projekt, was letzten Endes eine strukturierte Anbindung von Level II-Krankenhäusern – so haben wir die damals auch im Projekt genannt – an die Universitätsmedizin ermöglicht hat.

Wir haben DIVI-Qualitätsindikatoren, also originär intensivmedizinische Qualitätsindikatoren zu einer strukturierten Visite verarbeitet. Wir haben damit letzten Endes dann mit dieser strukturierten Visite Patienten behandelt. Wir konnten damit sehen, dass die Prozessqualität, also die Einhaltung dieser entsprechenden Qualitätsindikatoren, verbessert gelangen. Das heißt also, wir konnten quasi zeigen, dass die Intensivmedizin, sofern sie qualitätsbasiert, evidenzbasiert erfolgt, mit Vorteilen für die Patienten letzten Endes versehen ist.

Die Intensivmedizin ist interdisziplinär und multiprofessionell, das heißt also, wir haben eine Vielzahl von Professionen, die dort arbeiten. Und wir arbeiten im engen Austausch mit anderen Fachdisziplinen. Aber sie ist eine sogenannte Closed ICU, also wir arbeiten als Intensivmediziner primär intensivmedizinisch an Patienten und ziehen dann konsiliarisch andere Fachabteilungen hinzu, sodass dieser Vorschlag B entsprechend auch diesem Konzept des ERIC-Projektes entspricht, was auch dann positiv evaluiert werden konnte.

Zum zweiten Teil Ihrer Frage: Wir haben in unserer Stellungnahme schon ergänzt, dass wir gesagt haben, dass auch an die Leistungsempfänger der telemedizinischen Visite gewisse Anforderungen gestellt werden sollten, um sicherzustellen, dass Struktur- und Prozessqualität auch dort eingehalten werden kann. Das heißt, Sie brauchen sowohl auf Sender- als auch auf Empfängerseite gewisse Strukturmerkmale. Die haben wir im ERIC-Projekt mit Schulungsmaßnahmen sichergestellt. Wir würden da empfehlen, dass man das entsprechend noch ergänzt. – Ich würde dann noch einmal an Herrn Professor Busse übergeben, wenn es recht ist.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Dr. Weiß. – Herr Busse, Sie haben das Wort.

**Herr Prof. Dr. Busse (ERIC):** Ganz kurz: Wir haben auch darauf hingewiesen, dass durch die Verknüpfung zu der derzeit laufenden Reformdiskussion zur Krankenhausstruktur die Intensivmedizin in den angedachten Leistungsgruppen auch explizit besonders berücksichtigt werden soll. Denn wir sehen, dass es Fälle gibt, die so komplex multidisziplinär erkrankt sind, dass die intensivmedizinische Behandlung im Vordergrund steht. Für diese sollen eigene Leistungsgruppen geschaffen werden und für diejenigen, die telemedizinisch betreut werden sollen – intensivmedizinisch ist es ja primär diese Gruppe –, sodass wir auch die größte Anschlussfähigkeit für die zukünftigen Leistungsgruppen in dem Vorschlag B sehen, selbst wenn auch der andere Vorschlag, muss man ja sagen, sich natürlich auch primär auf unser Projekt bezieht, aber eben nicht so weit geht, wie wir es selber gelebt haben und wie es zukünftig auch der sichtbar gewordenen Rolle der Intensivmedizin – auch in der Pandemie – gerecht wird. – Danke!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Busse, Herr Dr. Weiß. – Ich stelle fest für das Protokoll, dass Herr Zwißler von der DGAI seit 11:09 Uhr anwesend ist.

Ich schau mal in Richtung der DKG: Gibt es eine Nachfrage dazu? – Ja, also eine Nachfrage der DKG. Anschließend habe ich die Patientenvertretung und danach der GKV-SV. – Bitte schön, DKG.

**DKG:** Wir hätten noch eine Nachfrage: Und zwar hatten Sie, Herr Dr. Weiß, jetzt gerade auch ausgeführt, dass dieses Konzept hier auch sehr stark einen interdisziplinären oder multiprofessionellen Charakter hatte. Sehen Sie das auch durch den Vorschlag B abgedeckt?

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herr Dr. Weiß.

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Ja, wir sehen es da abgedeckt. Denn, wie gesagt: Der Ursprung der interdisziplinären Vernetzung sollte die Intensivmedizin sein.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Dr. Weiß. DKG, gibt es eine Nachfrage? – Dann jetzt die Patientenvertretung und anschließend der GKV-SV.

**PatV:** Vielen Dank und einen guten Morgen in die Runde. – Wir haben an die Fachverbände, die jeweils für die Position A oder für die Position B votiert haben, gemeinsam eine Frage: Die Vorschläge unterscheiden sich ein wenig in den quantitativen, qualitativen Vorgaben vor allen Dingen was die Qualitätshürden anbetrifft, die, entweder die bestehenden vier genannten Zentren oder das neue singuläre intensivmedizinische Zentrum erbringen müssen, um diese Zentrumsanerkennung zu bekommen. Haben Sie den Eindruck, dass die Qualitätsvorgaben vergleichbar, von der gleichen Qualität sind? Denn, wenn die Vorschläge im Niveau der Qualitätsanforderungen gleich sind, müsste man ja nur diskutieren zwischen, ob es einerseits Sinn macht, besondere Qualitätsvorgaben für vier Organentitäten zu formulieren und einem interdisziplinär konzipierten einheitlichen intensivmedizinischen Zentrum. Also die zentrale Frage ist: Sind die Qualitätsanforderungen in den beiden Positionen A und B vergleichbar?

Der Grund für uns, warum wir das gerne noch einmal explizit dargelegt haben möchten, ist: Wir können mit den Mitteln, die wir haben, nicht wirklich abschätzen, was die Folgewirkungen in die Versorgung dieser beiden unterschiedlichen Versionen A und B sind.

Ich muss gestehen – ich hoffe, Sie sehen mir das nach –, ich weiß jetzt nicht, welche Fachgesellschaft das Votum für A abgegeben hat. Deswegen gebe ich das an die Runde, diese Fachgesellschaft bitte auszusuchen. – Danke!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Patientenvertretung. – Wer von den Stellungnehmern möchte auf die Frage antworten? – Der Andrang ist zurückhaltend. Verdi streikt doch erst morgen am Flugplatz und ich glaube, die meisten sind ja nicht organisiert.

**PatV:** Dann stelle ich die Frage zunächst einmal an die beiden Vertreter der Charité.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ja, gut. Dann sind wir wieder bei Herrn Weiß und bei Herrn Busse. – Herr Weiß, dann fangen Sie vielleicht mal an.

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Vielen Dank! – Wie gesagt, ich kann ja immer nur aus dem Projekt heraus sagen.

Ich glaube, dass die Versorgungssituation und die Qualitätsanforderungen in beiden Vorschlägen klar gestellt sind. Aber der zentrale Unterschied ist, dass die in den organenzentrumsabhängigen, also im Vorschlag A, in der Andockung der telemedizinischen Leistungen an die Organzentren ja eine Auswahl von Diagnosen und Krankheitsbildern mit telemedizinischer Leistung versehen wird und dass im zweiten Vorschlag der intensivmedizinische Patient – und das ist ja die Patientin, der Patient, den wir behandeln – letzten Endes in den Mittelpunkt gestellt wird, und dass dadurch natürlich das gesamte Qualitätsspektrum der Intensivmedizin abgebildet wird und eben nicht nur das organbezogene Spektrum. Denn Patienten haben auf der Intensivstation typischerweise eben mehr Organversagen und Multiorganversagen. Das geht regelhaft von einem Problem aus, aber letzten Endes wird es dann zu einem systemischen Problem. Somit sehen wir in diesem Vorschlag eben die tatsächliche Qualitätsanforderungen, die Patienten und Patientinnen an uns haben, günstiger abgebildet.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Busse, haben Sie eine Ergänzung?

**Herr Prof. Dr. Busse (ERIC):** Vielleicht sieht man da auch ganz schön die Schwierigkeit, die in Vorschlag A steckt, bestimmte spezifische Diagnosen zu erbringen und dass dann auch SARS-CoV-2, COVID, erwähnt wird. Und wenn die nächste Pandemie mit einem unbekanntem Erreger käme, dann würde sozusagen Vorschlag A das gar nicht aufgreifen. Ich verstehe, warum die Antragsteller diese einzelnen Diagnosen gewählt haben. Aber man sieht auch die Limitation. Neben der Limitation, dass nur an bestimmten Organzentren angreift, sieht man auch, dass es zu Schwierigkeiten führen kann, wenn neue unbekannte Erkrankungen auftreten. Insofern ist die Lösung einfach begrenzter, selbst wenn sie aus der Logik heraus für die Organzentren, wo es angedockt werden soll, verständlich ist, fallen eben sowohl Patienten mit bisher unerkannten Krankheiten als auch Patienten, die in keines der bestehenden Organzentren passen oder die an mehreren Organen betroffen sind, heraus. Das muss allen klar sein.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Busse. – Gibt es weitere Wortmeldungen? – Herr Professor Marx, bitte.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielen Dank für die Frage. – Also die Qualitätsanforderungen sind natürlich in beiden Vorschlägen hoch. Im Vorschlag B sind sie allerdings intensivmedizinisch fokussierter und damit dann auch für den Patienten relevanter.

Ich möchte das an dem Beispiel des Personals vielleicht einmal verdeutlichen, wo im Vorschlag A ja im Prinzip in Analogie zu dem OPS-Code entsprechend die Verfügbarkeit definiert ist, auch mit den 30 Minuten. Wogegen in Vorschlag B doch darauf fokussiert wird, dass eine höhere Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzqualifikation Intensivmedizin präsent sind, was letztendlich dazu führt, dass ein solches Zentrum dann die Expertise entsprechend kurzfristig zu Verfügung stellt.

Ich möchte noch einmal folgenden Punkt aufgreifen: Also im Unterschied zum bisherigen Zentrumsdenken, in dem ja vor allen Dingen die spezialisierte Behandlung von speziellen Erkrankungen oder kranken Organen im Vordergrund steht, besteht eine solche Zuordnung im Rahmen der Intensivmedizin nicht. Hier ist es insbesondere wichtig, dass man, um eine qualitativ höchstwertige Behandlung schwerstkranker Intensivpatienten vorzuhalten, eine hohe interdisziplinäre, fächerübergreifende Expertise in der ganzen Breite der zugrundeliegenden Entitäten braucht. Das ist ja jeden Tag der Fall, wo wir quasi auf unseren Stationen Intensivmedizin durchführen. Das ist auch telemedizinisch so; das haben wir in mehreren Projekten wie dem ERIC, wie im TELnet@NRW auch zeigen können. Das ist hier insbesondere der Unterschied zwischen den beiden Vorschlägen. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Marx. – Jetzt habe Herrn Professor Zwißler und Herrn Professor Markewitz. – Herr Zwißler, bitte.

**Herr Prof. Dr. Zwißler (DGAI):** Vielen Dank! – Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin hat sich auch für die Position B ausgesprochen. Ich würde an dieser Stelle der Argumentation von Herrn Professor Marx wirklich gerne folgen. Die Ansprüche sind in beiden Vorschlägen hoch. Die Position B hat allerdings die Anforderungen an ein entsprechend teleintensivmedizinisches Zentrum noch etwas stärker granuliert, spezifiziert und in vielerlei Hinsicht letztlich für die praktische Anwendung und Umsetzung besser geeignet formuliert und dargestellt. Denn es ist so, dass der Vorschlag A mit den Organzentren Kriterien hat, die zum Teil wirklich schwierig zu erfüllen sind und würde Intensivbereiche ausschließen, die aber wirklich hervorragend teleintensivmedizinische Versorgung aufgrund ihrer Strukturen leisten könnten einerseits, und andererseits ist es so – das hat Herr Professor Marx schon dargestellt –, dass wir es in der Intensivmedizin nicht mit Einzelorganproblemen zu tun haben, sondern in der Regel mit Multiorganproblemen und das Ganze interdisziplinär organübergreifend abzudecken ist. Deswegen ist mit den entsprechenden Anforderungen ausgestaltet, unserer Ansicht nach Position B die zielführende in diesem Fall.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Zwißler. – Jetzt Herr Professor Markewitz, dann Herr Ertl und Herr Randerath. – Herr Markewitz, bitte.

**Herr Prof. Dr. Markewitz (DGTHG):** Inhaltlich kann ich meinen beiden Vorrednern gerne zustimmen. Es sind allerdings zwei Dinge zu berücksichtigen: Es soll da ja Geld verteilt werden. Immer, wenn es ums Geld geht, gibt es dann auch Streit. Deswegen wäre es gut, wenn diese Position B von Ihren redaktionellen, also formulierungsmäßigen Mängeln noch befreit würde, weil sie doch an vielen Stellen Anlass gibt zu Missverständnissen. Das ist Punkt eins.

Punkt zwei: Die Anforderungen, die gestellt werden, entsprechen den hohen Qualitätsansprüchen, die man für Zentren mit besonderen Aufgaben stellen muss. Es ist allerdings die Frage, ob man nicht vorher eine kleine Folgeabschätzung hätte machen können – das hätte ja eine von den Bänken machen können oder auch beide Bänke –, damit wir feststellen, wie viel Zentren es in Deutschland gibt, die diese Anforderungen, außer der Charité, erfüllen. Das wäre letztendlich für die Versorgungslandschaft sicherlich auch eine wichtige Information.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Markewitz. – Herr Ertl, bitte.

**Herr Prof. Dr. Ertl (DGIM, DGIIN):** Die Patienten und Patientinnen, die wir in der Inneren Medizin sehen, haben natürlich am Ende auch ein Multiorganversagen. Aber auf dem Weg dahin ist doch sehr viel Spezifisches an diesen Patienten. Die sieht man jetzt, sagen wir mal, in der Anästhesie vielleicht nicht so, weil da schon die Endstrecke erreicht ist. Ich glaube aber, ohne die Kompetenz für die einzelnen Erkrankungsbilder ist es auch auf der Endstrecke dann schwierig.

Also kurzum: Ich will jetzt nicht wiederholen, was wir in unserer Stellungnahme geschrieben haben. Wir waren ja gegen A und B, weil wir der Meinung sind, dass das nicht bis zu Ende gedacht ist und dass darin einfach viele Dinge fehlen. Das trifft übrigens auch vollständig für die Telemedizin zu. Wir befürchten, dass am Ende einer sitzt, der zwar da beauftragt ist, Auskunft zu geben, vielleicht telefonisch oder aufgrund von Befunden, sich eine Meinung zu bilden und zu äußern, aber dass da die höchste Fachkompetenz schwierig sicherzustellen ist.

Ein weiterer Punkt, den ich sehe, der gerade schon angesprochen wurde, erfüllt nur die Charité. Das ist natürlich flächendeckend überhaupt nicht der Fall. Es gibt überall hochgerüstete Netzwerke, die extrem gut funktionieren und denen man dann diese Kompetenz abspricht. Das ist etwas, was wirklich ein riesen Problem in der Fläche darstellen würde. – Danke!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Ertl. – Jetzt Herr Professor Randerath.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGPP):** Vielen Dank! – Aus unserer Sicht ist das Grundproblem, dass hier zwei Dinge miteinander vermengt werden. Zum einen der offensichtliche Wunsch nach einer intensivmedizinischen Zentrumsbildung, andererseits dem Angebot telemedizinischer Leistungen.

In dem Vorschlag, der gemacht worden ist, zu den einzelnen Zentren sind die Bedingungen so hoch gesetzt, dass die Möglichkeit, Telemedizin hier anzubieten, praktisch sehr stark limitiert würde. Da würde ich den Vorrednern absolut zustimmen.

Wir haben in unseren Zentren, den jetzt schon anerkannten Lungenzentren, nachgefragt: Keines von denen erreicht nur annähernd die gesetzten Rahmenbedingungen. Das heißt aber, unsere Zentren wollen ja Telemedizin anbieten, auch in unserer speziellen intensivmedizinischen Expertise. Sie würden das aber nach den Regelungen so nicht mehr können. Das heißt also, deswegen ist dieser Vorschlag A aus unserer Sicht unbedingt abzulehnen. Im Übrigen können wir uns den Punkten, die Herr Ertl vorgetragen hat, durchaus anschließen.

Also es muss eine Veränderung aus unserer Sicht erreicht werden, damit Telemedizin angeboten werden kann. Wenn man gleichzeitig eine intensivmedizinische Zentrumsbildung machen soll, dann ist es sinnvoll, glaube ich, die unabhängig von dieser Frage zu machen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Randerath. – Ich sehe jetzt keine Antwort mehr. PatV, ist die Frage befriedigend beantwortet?

**PatV:** Ja, vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Dann GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Ich würde zunächst an das ERIC-Team gerne noch einmal die Frage stellen, ob Sie grundsätzlich im Vorschlag A die Kriterien wie die Aufwandspunkte, die 30 Intensivbetten und den ECMO-Abholservice für geeignet halten, um eine besondere Expertise in der Intensivmedizin zu beschreiben. – Das wäre die erste Frage.

Die zweite Frage wäre, ob die im Vorschlag A genannten Diagnosen tatsächlich auch die sind, die Sie im Rahmen des ERIC-Projektes dort auch als Patientenkollektiv untersucht und behandelt haben.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Wer möchte beginnen? Herr Dr. Weiß wieder?

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Ja, gerne. Vielen Dank für die Frage.

Es ist tatsächlich so, zum ersten Teil der Frage: Ja, die Qualitätsanforderungen, die Sie genannt haben, sind sicherlich Qualitätsanforderungen der Intensivmedizin, wie wir sie als universitäre Intensivmedizin erfüllen. Aber die Frage ist, ob das zentrumsspezifischen Anforderungen sind oder ob die Intensivmedizin letzten Endes diese Anforderungen erfüllt. Das heißt, Sie haben dann vier Organzentren, die jeweils sozusagen in unterschiedlicher Tiefe diese Dinge benötigen. – GKV-SV, können Sie den zweiten Teil Ihrer Frage noch einmal wiederholen? Entschuldigung.

**GKV-SV:** Ob das beschriebene Patientenkollektiv – –

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Genau! – Zum zweiten Teil der Frage: Ja, teilweise. Es ist ja so, wie es auch die Vorredner beschrieben haben, dass intensivmedizinische Patienten häufig auch ein Organ haben, was letzten Endes primär nicht funktioniert. Aber es ist natürlich nicht so, dass alle Patientinnen und Patienten im ERIC-Projekt exakt diese Diagnosen hatten. Wir hatten allgemeinchirurgische, bauchchirurgische Patienten; wir hatten Patienten mit Multisystemerkrankungen, Autoimmunerkrankungen et cetera. Die Frage ist, inwieweit kann man die aus den Organzentren abbilden.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön!

**Herr Prof. Dr. Busse (ERIC):** Vielleicht sollte man noch ergänzen: Es ist ja dankenswerter Weise vom G-BA während der Pandemie eigentlich schon in Analogie zum jetzigen Vorschlag A umgesetzt worden. Es bestand aber trotzdem für uns die Möglichkeit, das auf die Corona-Patienten auszudehnen, weil es ja dann in der Fortführung des ERIC-Projektes im Innovationsfonds auf Corona-Patienten ausgedehnt worden ist. Das zeigt natürlich, dass, wenn man es sich nicht in die Regelversorgung überführt vorstellen würde, wäre ja die Frage, aus welchem Organzentrum das dann eigentlich gekommen wäre, wie in die SAVE-Berlin-Ausweitung für die Corona-Patienten, die natürlich im Innovationsfondsprojekt so nicht geplant war.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Busse. – Nachfrage oder okay?

**GKV-SV:** Ja, ich würde tatsächlich noch einmal nachfragen: Wie sieht das denn momentan aus? Also gibt es denn tatsächlich momentan deutschlandweit viele intensivmedizinische Einheiten, die komplett unabhängig sind? Also einen Facharzt für Intensivmedizin gibt es ja, glaube ich, noch nicht. Wie sieht es an der Stelle aus? Und wie gestaltet sich ganz konkret die Zusammenarbeit, wenn Sie jetzt auch Patienten mit betroffener Organerkrankung haben, arbeiten Sie denn mit den entsprechenden Fachabteilungen im Hause dann auch zusammen, und wie kann ich mir das praktisch vorstellen? – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Weiß.

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Zum einen ist es so, dass wir zusatzbezeichnete Intensivmediziner haben, die auch sozusagen die Intensivstationen leiten und täglich dort die Visite durchführen. Das heißt: Nein, kein eigener Facharzt, aber ja, eine eigene Organisationseinheit im Krankenhaus. Letzten Endes ist ein zusatzbezeichneter Intensivmediziner derjenige oder diejenige, die die Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation primär behandelt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgt in dem konsiliarischen Hinzuziehen von anderen Fachabteilungen. So ist das in aller Regel organisiert. Das heißt also, wir haben für einen Patienten nicht selten zwei bis drei verschiedene Fachabteilungen, die dort konsiliarisch hinzugezogen sind und die im Rahmen von den täglichen Visiten, die multiprofessionell und interdisziplinär entsprechend des DIVI-Qualitätsindikators angelegt sind für diesen Patienten dann auch die Behandlungsziele festlegen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Herr Professor Marx hat sich gemeldet.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielen Dank! – Zu dieser Frage noch einmal: Ihnen muss klar sein, es gibt ja, glaube ich, kaum einen anderen medizinischen Bereich, der so interdisziplinär und interprofessionell aufgestellt ist, um erfolgreich zu sein, wie die Intensivmedizin.

Ja, Sie haben völlig recht, es gibt keinen Facharzt für Intensivmedizin. Das wollen wir auch gar nicht. Sondern wir wollen die breiten Anforderungen ja gerade, und dafür steht die DIVI ja auch, über die gesamten Fachbereiche und Fachgesellschaften abbilden und die Expertise der einzelnen Fachgesellschaften gemeinsam bündeln, um den Patienten zurück ins Leben zu holen, was in den Teams sehr oft gelingt und auch in letzter Zeit in der Corona-Pandemie oft gelungen ist.

Wie sich das einzelne Zentrum organisiert, ob das jetzt eine eigene Einheit ist oder interdisziplinär sich strukturiert, ist den einzelnen Zentren dann überlassen. Das ist auch richtig so. Wichtig ist nur, dass sich entsprechend darum gekümmert wird und dass für die unterschiedlichsten Anforderungen entsprechend die Kompetenz dann bereitgehalten wird. Also die Organisationsaufgabe liegt an den einzelnen Standorten. Das ist ja gerade der Punkt, warum organspezifische Zentren genau das nämlich in aller Regel nicht so gut abbilden können wie ein interdisziplinär aufgestelltes Zentrum, wie es dann Intensivzentren dann sein werden. Das ist ja gerade der Sprung ins Neue, dass man wegkommt von dieser Organfokussierung hin zu den organübergreifenden, patientenzentrierten Problemlösungen. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Marx. – Ich sehe keinen weiteren Antwortwünsche mehr. Fragen? – DKG, bitte.

**DKG:** Vielen Dank! – In der Diskussion kam es vorhin auf, für uns ist natürlich noch einmal die Abschätzung auch ganz wichtig. Deswegen eine Frage an die intensivmedizinischen Fachgesellschaften: Können Sie ungefähr abschätzen, wie viele Zentren letzten Endes mit diesem Konzept geformt werden könnten?

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön!

**DKG:** Also Position B.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Marx.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Ich kann darauf gerne antworten. – Das muss man natürlich noch im Einzelnen sehen, weil die Anforderungen ja sehr hoch sind. Und in unserer Stellungnahme haben wir beispielsweise gerade noch einmal diesen Punkt der Weaning-Station angeführt. Wie Kollege Markewitz auch schon gesagt hat, muss man das ein oder andere dann vielleicht noch mal dezidiert diskutieren. Wir gehen aber in etwa davon aus, dass es so 15 bis 20 Zentren in Deutschland geben müsste und geben würde.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Herr Professor Zwißler und Herr Professor Markewitz.

**Herr Prof. Dr. Zwißler (DGAI):** Das hat sich jetzt quasi überschritten. Ich würde auch schätzen, dass aufgrund des Anforderungskataloges nicht alle, aber sehr viele große universitäre Einrichtungen jedenfalls die entsprechenden Kriterien erfüllen können und dass es am Ende auf 15 bis 20 Zentren hinauslaufen würde, was wahrscheinlich auch zunächst einmal zur Abdeckung des Primärbedarfs ausreichend sein wird. Wie man das dann weiterentwickelt, kann man dann sehen. – Danke!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Zwißler. – Herr Professor Markewitz.

**Herr Prof. Dr. Markewitz (DGTHG):** Das ist genau das Problem, was schon angesprochen wurde. Die Abschätzung das ist, sagen wir mal, professionelles Raten, was wir da gerade machen. Diese Aufgabe hätte man vielleicht vorher schon mal erledigen können. Es sitzen ja genügend Bänke auch in der Runde, die darüber möglicherweise hätten Auskunft geben können. Wir verfügen darüber hinaus auch noch über das InEK, das hier und dort hätte Auskunft hätte geben können. Ob es jetzt nun zehn, 20 oder 30 sind, das lässt sich nur raten im Augenblick. Das ist reine Spekulation.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Markewitz. Wir nehmen Ihre wiederholt vorgetragene Kritik, dass die Folgenabschätzung fehlt, zur Kenntnis. – DKG, haben Sie eine weitere Frage? Keine Frage! – Jetzt habe ich noch Herrn Professor Pfeifer und Herrn Professor Zwißler.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGIM, DGIIN):** Ich wollte noch mal auf diesen Punkt der Interdisziplinarität eingehen, der im Moment ja ständig immer wieder betont wird, wie interdisziplinär die medizinischen Zentren arbeiten. Das ist auch einer der wesentlichen Kritikpunkte, den wir für den Vorschlag B ausgesprochen haben.

Wir sehen nicht, dass diese Interdisziplinarität im Moment tatsächlich umsetzbar ist. Aufgrund der extrem hohen Anforderungen, die auf diese intensivmedizinischen Zentren gesetzt werden, können wir uns im Moment nicht vorstellen, wie insbesondere die Innere Medizin dort abgebildet wird. Denn wir wissen, dass viele dieser Patienten – und das ist eine Ergänzung zu dem, was Professor Ertl bereits gesagt hat – einen hohen Anteil internistische Patienten darstellen und wir im Moment diesen Vorschlag sehr fokussiert auf die reine Intensivmedizin sehen und nicht ausreichend andere Erkrankungen dort berücksichtigt sehen.

Im Alltag sehe ich das so, dass diese Trennung der Intensivmedizin in Deutschland zwischen Innere, Anästhesiologie und Chirurgie im Moment nicht einfach zu einem gemeinsamen intensivmedizinischen Zentrum umsetzbar ist. Daher sehen wir tatsächlich, dass dieser Vorschlag noch nicht ausreichend zu Ende gedacht wird. Das sind auch die Gründe, warum wir es im Moment ablehnen, jetzt ein intensivmedizinisches Zentrum mit diesen Bedingungen zu etablieren.

Also ich sehe und wir sehen erhebliche Kritik oder Probleme in der Umsetzung der Interdisziplinarität. Wenn nämlich ein auswärtiges Krankenhaus anruft, ist primär erst einmal der Intensivmediziner beteiligt und nicht die anderen Fachabteilungen. Und wie das umgesetzt werden soll, ergibt sich aus dem Vorschlag nicht.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Pfeifer. – Jetzt habe ich Professor Zwißler.

**Herr Prof. Dr. Zwißler (DGAI):** Ich wollte nur noch einmal kurz ergänzen, was die Zahlen anbelangt: Herr Markewitz hat natürlich völlig recht. Wir haben keine konkreten Zahlen, jedenfalls nicht für den Plan B sozusagen. Was man aber natürlich relativ leicht herausfinden könnte, ist, wie viele Herz- und Lungenzentren beispielsweise in Deutschland es gibt. Und die Anforderungen dafür sind extrem hoch. Ich kann die Zahl selber jetzt nicht benennen. Aber ich würde sagen, dass es am Ende deutlich weniger sind als beispielsweise die 15 bis 20 Zentren, die Herr Marx und auch ich jetzt mal prima vista geschätzt hatten.

Und wenn man teleintensivmedizinische Zentren an bestehendes Organzentrum knüpft, dann, glaube ich, würden wir Schwierigkeiten haben, tatsächlich mit diesem Konzept in die Breite zu gehen. Außer man ändert die Kriterien für die Organzentren. Also insofern, glaube ich, muss man ganz klar überlegen, wo man hin will. Will man Intensivmedizin auch über Telemedizin in hoher Qualität in die Breite tragen, dann ist der auf Organzentren bezogene Weg wahrscheinlich schwierig. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Herr Professor Marx, bitte.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielleicht noch ein ganz kurzer Satz zu der Durchführbarkeit:

Was ich doch zu Bedenken gebe, ist, dass wir jetzt zwei sehr umfangreiche große und erfolgreich durchgeführte Innovationsfondsprojekte haben, die beide auch von Ihnen, Herr Hecken, vom G-BA, zur Verstetigung empfohlen worden sind: einmal das TELnet@NRW-Projekt und auch das ERIC-Projekt. Außerdem haben wir alle gemeinsam in den vergangenen drei Jahren gezeigt, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Intensivmedizin sogar in der Lage ist, eine Pandemie, sagen wir mal, zu überstehen. Ich würde das jetzt gar nicht wertend machen. Aber das hat, glaube ich, noch einmal gezeigt, dass sowohl lokal die interdisziplinäre Zusammenarbeit sogar in einer Pandemie gut durchgeführt worden ist und auch an einigen Standorten entsprechend telemedizinisch bereits ergänzt werden konnte. – Danke schön!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Marx. – Jetzt habe ich eine Frage vom GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Ich habe eine Frage an Herrn Professor Marx, aber auch an Herrn Weiß:

Herr Weiß hatte festgestellt, dass es keinen Facharzt für Intensivmedizin gibt. Uns würde in diesem Zusammenhang noch einmal interessieren, wie viele Intensivstationen eigentlich organisatorisch und auch fachlich völlig unabhängig sind, also nicht angegliedert beispielsweise an eine Innere Medizin oder an einer Abteilung für Anästhesiologie, sondern wirklich eigenständig als Intensivmedizin fungieren.

Die zweite Frage ist, wie es mit der Verteilung Zusatzbezeichnung Intensivmedizin – das ist ja ein Anhängsel an einen anderen Facharzt – steht. Haben Sie ungefähr eine Vorstellung, wie viel Prozent davon Internisten sind, wie viel Prozent Anästhesisten sind und welche anderen Fachrichtungen da noch infrage kommen? – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Wer möchte beginnen? Fangen wir mal mit Herrn Marx an.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielen Dank für die Frage.

Ich muss gestehen, ich kenne jetzt keine konkreten Zahlen. Es gibt einige eigenständige Kliniken. Meine eigene ist ja auch eine solche. Wobei ich natürlich auch zur Anästhesie gehöre. Letztendlich bin ich ja auch Anästhesist, und mein Lehrstuhl ist auch ein Lehrstuhl für Anästhesiologie. Aber es ist in dem Sinne schon eine eigenständig organisierte Klinik.

Diese Frage ist aber, ehrlich gesagt, gar nicht so relevant. Es gibt auch einige in nichtuniversitären Häusern. Sondern es kommt eher darauf an – wie ich vorhin schon ausführte –, wie jedes einzelne Haus gemeinsam mit den verschiedenen Fachabteilungen dann Intensivmedizin und auch die Versorgung der komplexen Fragestellung entsprechend sich organisiert.

Wichtig ist, dass auch jemand das in die Hand nimmt und organisiert. Das haben wir auch in diesen Innovationsfondprojekten gesehen, dass es wichtig ist, dass das jemand in den Hand nimmt. Von welchem Fach er ist und ob das eine eigenständige Klinik oder Teil einer großen Klinik, ist hier sekundär.

Bezüglich der Verteilung der Zusatzqualifikation Intensivmedizin muss ich gestehen, habe ich auch keine konkreten Zahlen zur Hand. Kollege Zwißler hat vielleicht Zahlen, dann würde ich hier weitergeben. – Danke schön!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herr Zwißler.

**Herr Prof. Dr. Zwißler (DGAI):** Nur als Ergänzung: Zahlen auf Bundesebene gibt es meines Wissens nicht. Ich habe selbst einmal im Rahmen einer Vortragsvorbereitung die Bayerische Landesärztekammer angefragt. Dort ist es regelhaft so, dass etwa 60 bis Prozent, der jedes Jahr neu erworbenen Zusatzweiterbildungen in Intensivmedizin, über den Facharzt Anästhesie kommen. Der Rest, also etwa 30, 35 Prozent, verteilt sich dann auf die anderen Gebiete wie Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie und so weiter.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Für das Protokoll: Das war die Abfrage in Bayern. – Herr Busse und Herr Weiß, wie sind Ihre Erfahrungen aus dem ERIC-Projekt?

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Unsere Erfahrungen sind tatsächlich so: Intensivmedizin ist keine Funktionsdienstleistung in dem Sinne. Also wir bilden keine Umgebung, wo sozusagen andere Leute ihre Patienten behandeln. Sondern die Behandler auf der Intensivstation sind zusatzbezeichnete Intensivmediziner. Das ist auch ein klares Qualitätskriterium. Aus welchem Fach die letzten Endes kommen, also ob das Fachärzte für Innere Medizin sind, ob das Fachärzte für Anästhesiologie sind oder für Chirurgie sind, das würde ich in dem Moment als interdisziplinären Charakter bezeichnen. Aber letzten Endes sind wir Intensivmediziner und spezialisiert für die Behandlung von Organdysfunktionen. Das ist sicherlich in Deutschland auch historisch so gewachsen, wie viele Abteilungen organisiert sind und dass es konservative, operative Intensivmedizin gibt et cetera. Aber mir ist ganz wichtig, dass man die Intensivmedizin nicht als eine Behandlungsumgebung begreift, sondern tatsächlich als durch einen Intensivmediziner – Zusatz Intensivmediziner – geleitete Organisationseinheit im Krankenhaus. Wenn man das nämlich mit dem Ersteren tut und wenn man sagt, man bezeichnet es nur als Funktionsdienstleistung, dann gibt es Daten, die wir auch in unserer Stellungnahme zitiert haben, die ganz klar zeigen, dass das mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden ist und letzten Endes nicht im Patienteninteresse ist, das so zu gestalten.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Nachfrage? Oder ist die Frage beantwortet? Die Frage ist beantwortet. Gibt es weitere Fragen?

**Herr Prof. Dr. Busse (ERIC):** Herr Hecken, ich wollte noch auf Folgendes hinweisen: Die Ärztekammerstatistik, das sollte man vielleicht auch sagen, weist insgesamt etwas über 11 000 zusatzweitergebildete Intensivmediziner aus. Also es ist jetzt nicht so, dass es eine ganz seltene Spezies ist, die nur an bestimmten Krankenhäusern vorkommt. Also es gibt schon mal genug.

Das Besondere an diesen Zentren ist ja, dass das dann tatsächlich, was vorhin auch schon einmal dargestellt wurde, mehrere von denen sind, sodass die Kompetenz auch rund um die Uhr verfügbar ist. Aber es gibt genügend und deswegen führt das auch zu dieser Anzahl von Zentren. Und da es ja primär um telemedizinische Betreuung geht, ist die Distanz gar nicht so wichtig. Wir haben damals im ERIC-Projekt auch eine Abschätzung gemacht. Man braucht ja gar nicht so ganz viele Zentren. Denn die Zentren, die es gibt, die Telemedizin auf echtem telemedizinischen Niveau wie in den Innovationsfondsprojekten vorhalten, müssten, damit sie das rund um die Uhr anbieten können, einen entsprechenden Einzugsbereich versorgen. Da gilt ja eher umgekehrt, dass es gar nicht zu viele Zentren geben darf, weil dann sind einfach die Fixkosten personeller und finanzieller Art viel zu hoch.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Busse. – DKG, bitte.

**DKG:** Vielen Dank! – Herr Professor Randerath, Sie hatten vorhin schon für die DGP ausgeführt, dass die Bedingungen mit Vorschlag A oder Position A so hoch sind, dass bei den einzelnen Orgazentren beziehungsweise für Ihren Bereich für das Lungenzentrum keiner erfüllen könnte. Vielleicht deswegen noch einmal eine Frage auch an die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie:

Wie verhält sich das in Ihrem Bereich? Können Sie abschätzen, wie es sich bei den Herzzentren verhält? Wie viele Zentren könnten die besondere Aufgabe durchführen, wenn die Position A so angewendet werden würde? – Danke schön!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank für diese Frage. Wer möchte antworten? – Herr Professor Markewitz, bitte.

**Herr Prof. Dr. Markewitz (DGTHG):** Ich lasse gerne meinem kardiologischen Kollegen den Vortritt. Aber was die Herzzentren anbelangt, ist ein Kriterium 20 Transplantationen pro Jahr und damit ist eigentlich klar, dass es nicht mehr als vier bis fünf Zentren in Deutschland geben wird, die diese Anforderungen werden erfüllen können.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Professor Wengenmayer, bitte.

**Herr Prof. Dr. Wengenmayer (DGK):** Im Grunde kann man da viele bisherige Ausführungen wiederholen. Wenn man intensivmedizinische Zentren an organspezifischen Zentren allokiert, dann wird es zu einer drastischen Reduktion der Anzahl führen. Sie haben es eben schon angesprochen, Lungenzentren, Herzzentren gibt es nur jeweils eine Handvoll. Von denen wiederum würden nur ganz, ganz wenige die Kriterien erfüllen.

Also auch die DGK hält den Vorschlag A für nicht sinnvoll und hat deswegen für die Option B votiert. Wobei da viele Änderungen noch zu machen sind. Da muss man im Grunde auch das wiederholen, was Herr Pfeifer und Herr Ertl gesagt haben, dass der Aspekt der Interdisziplinarität in dem Vorschlag B noch nicht ausreichend berücksichtigt ist. Deswegen müsste man das entweder erheblich abändern und korrigieren oder zunächst ganz zurückstellen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! Gibt es eine Nachfrage, DKG, oder ist die Frage beantwortet? – Die Frage ist beantwortet. – Ich hatte noch Herrn Professor Randerath.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGPB):** Es geht ja bei der Frage der telemedizinischen Angebote auch um die spezifischen Expertisen, die die einzelnen Zentren bringen. Das heißt, wenn man die Qualitätsanforderungen jetzt in reiner Zahlenhinsicht, so wie sie ja hauptsächlich definiert sind, so hoch hängt, dass die Zentren sich nicht erfüllen können, dann hält man denn Patientinnen und Patienten ja auch die spezielle Expertise vor. Also das soll nicht die hochqualifizierten Intensivmedizin in Abrede stellen. Aber, wenn man die besonderen Qualifikationen der einzelnen Zentren ins Angebot bringen will, dann darf man nicht Kriterien setzen, die unerfüllbar sind.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Randerath. – Jetzt GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Es sind ja bereits im Rahmen der Corona-Pandemie auch Regelungen in den Herz- und in den Lungenzentren zur telemedizinischen Intensivmedizin für COVID-Patienten getroffen worden.

Dazu würde ich gerne Herrn Professor Randerath und Herrn Professor Markewitz noch einmal fragen, inwieweit diese Regelungen denn mit Leben gefüllt wurden, inwieweit die auch zur Anwendung kamen und ob Sie es auch für sinnvoll halten, in diesen Zentren dort auch weiterhin in dem Bereich tätig zu sein.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Randerath und Herr Markewitz. Herr Randerath, bitte.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGPB):** Das schließt sich daran an, was ich gerade vorher gesagt habe:

Ja, wir finden es sinnvoll, dass die telemedizinischen Angebote über, jetzt in unserem speziellen Fall, die Lungenzentren angeboten werden, weil wir glauben, dass beispielsweise die Expertise, die im Bereich des Weaning vorliegt, eben auch anderen mit den Lungenzentren vernetzten von den Kliniken zur Verfügung gestellt werden sollten. Die Regelungen die im Rahmen der Pandemie beschlossen worden sind, sind durchaus sinnvoll und erfüllbar.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Randerath. – Bitte schön, Herr Markewitz.

**Herr Prof. Dr. Markewitz (DGTHG):** Danke. – Ich denke, ich würde den Herrn Wengenmayer in diese Diskussion ganz gerne mit einbeziehen.

Also vonseiten der Herzzentren hat jetzt die besondere Regelung unter Corona-Bedingungen – im Gegensatz zu den Lungenzentren – keine besondere Wirkung entfaltet. Insofern wäre es aus unserer Sicht auch nicht unbedingt notwendig, dass in der jetzigen A-Regelung die SARS-CoV-Diagnose immer noch steht.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Markewitz. – Herr Wengenmayer, haben Sie einen Kommentar dazu?

**Herr Prof. Dr. Wengenmayer (DGK):** Ich kann mich dem nur vollumfänglich anschließen. Es sei nur eine ganz allgemeine Bemerkung noch einmal getätigt, die am Anfang der Diskussion schon einmal aufkam:

Wir haben hier eine Verquickung von zwei ganz unterschiedlichen Themen. Zum einen der Schaffung von Intensivzentren. Da ist die Frage: Ist es sinnvoll, die an Organzentren anzubinden oder solitär entstehen zu lassen? Wie ich den bisherigen Diskussionsverlauf verfolgt habe, votiert hier eigentlich keiner für eine Angliederung an ein Organzentrum.

Das andere sind die telemedizinischen, intensivmedizinischen Visiten. Ob die jetzt unbedingt verknüpft werden müssen an die Intensivzentren, das ist eine Diskussion, die haben wir jetzt, glaube ich, noch gar nicht richtig geführt. An verschiedenen Stellen wurde vorhin auf verschiedene regionale Netzwerke hingewiesen. Was wir nicht wollen ist, dass wir unsere Versorgung, die aktuell ganz gut funktioniert – wir wissen, wir haben ja keinen Vergleich – dadurch verschlechtern, dass wir jetzt einfach dann nur noch acht oder neun intensivmedizinische Zentren in ganz Deutschland haben, die dann die gesamte telemedizinische Versorgung machen sollen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Nachfrage?

**GKV-SV:** Ich hätte noch eine andere Frage, wenn ich darf.

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

**GKV-SV:** Ich würde gerne das ERIC-Team noch einmal fragen:

Wir hatten bei uns in den besonderen Aufgaben diese apparative Ausstattung mit aufgenommen, also dieses mobile Tool für die Erbringung der Televisiten. Ist das etwas, was eher ERIC-spezifisch ist oder würden Sie es auch für sinnvoll halten, das jetzt im Rahmen einer bundesweiten Regelung aufzunehmen? Vielleicht kann Herr Weiß oder Herr Busse dazu etwas noch einmal kurz ausführen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Wer möchte beginnen? Herr Weiß oder Herr Busse?

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Entschuldigung, habe ich die Frage richtig verstanden: Es geht jetzt um sozusagen den telemedizinischen Visitenwagen, richtig?

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ja.

**Herr Dr. Weiß (ERIC):** Okay. – Man muss natürlich sagen, es gibt ganz unterschiedliche Modelle, Telemedizin durchzuführen. Ich kann natürlich immer die Erfahrung weitergeben, die wir aus dem ERIC-Projekt gemacht haben und was wir dort evaluiert haben.

Die Art von Telemedizin, wie wir sie gemacht haben, das heißt also, quasi eine sehr immersive Form, dass wir da ein Gerät hingestellt haben, auf dem der visitierende Arzt zu sehen ist. Wir haben ein Gerät benutzt, wo der visitierende Arzt letzten Endes den Kopf frei bewegen kann, das heißt, selber entscheiden kann, wo er hinschaut, also nicht sozusagen selber gedreht wird. Wenn Sie sich vorstellen, Sie sind auf ein Tablet geschaltet, dann entscheidet ja letzten Endes der visitierende Empfänger, was er ihm zeigt. Und mit diesem telemedizinischen Gerät haben wir eine gewisse Autonomie gehabt.

Wir glauben, anhand der Evaluation, dass das sicherlich ein Erfolgskriterium ist, dass es tatsächlich bettseitige Visiten waren. Denn wir konnten natürlich auch Dinge sehen, die die Behandler vielleicht vor Ort gar nicht als das primäre Problem identifiziert haben. Deswegen glauben wir, dass diese Art von Telemedizin, also die bettseitige Visite mit einem Visitenwagen, der eine gewisse Autonomie am Bett ermöglicht, letzten Endes für uns ein ganz wesentliches Erfolgskriterium war.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Dr. Weiß. Haben Sie Ergänzungen, Herr Busse?

**Herr Prof. Dr. Busse (ERIC):** Nein, er hat das gut zusammengefasst.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Okay, Danke! – Ist die Frage beantwortet? – DKG? Keine Frage. Hat die PatV noch Fragen? Ländervertreter, haben Sie Fragen?

**LV:** Nein, vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke! – Dann noch einmal, DKG?

**DGK:** Ich dachte, das ist gedanklich vielleicht ein ganz guter Cut: Für uns geht es ja auch noch um die Kinderonkologie und um die Fachgesellschaften, welche sich mit Kinder- und Jugendmedizin befassen. Deswegen würde ich das sozusagen als offene Frage an diese Fachgesellschaften auch stellen: Einmal, ob Sie erst einmal sagen könnten, inwieweit die Deutsche Krebsgesellschaft einen Standort definiert. Das wurde in einem Punkt ausgeführt. Vielleicht belassen wir es erst einmal dabei. Und danach habe ich noch ein paar weitere Fragen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Wer möchte darauf antworten? Ich sehe Herrn Professor Ebinger.

**Herr Prof. Dr. Ebinger (DGKJ, GPOH, GPR):** Ganz kurz: Die Kinderonkologie arbeitet ja relativ autonom im Zusammenhang mit Kinderchirurgen, mit einem relativ eigenen Infrastruktur. Es ist eine relativ neue Entwicklung, dass wir größeren onkologischen Zentren zugeordnet werden. Da gibt es gewachsene Strukturen, sodass kinderonkologische Zentren oft mit anderen kinderonkologischen Zentren in größeren Einheiten kooperieren, die dann Neurochirurgie und die anderen Fachdisziplinen vor Ort haben, sodass wir die Problematik haben, dass wir eine Reihe von einzeln stehenden kinderonkologischen Zentren haben, die über Kooperationen, die oft auch über eine längere Distanz, oft auch telemedizinisch verbunden sind, die die Expertise dann vor Ort vorhalten können. – War das Ihre Frage?

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** DKG? Ja! – Aber Sie hatten konkret nach der Deutschen Krebsgesellschaft gefragt.

**DKG:** Genau. – Das war die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, die diese Ausführung gemacht auch noch in der Stellungnahme. Ich weiß nicht, ob hier jemand anwesend ist. Vielleicht könnten die noch einmal kurz etwas ausführen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön!

**Herr Prof. Dr. Seitz (DGKCH):** Guten Tag! – Ich kann das gerne noch einmal für die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie kommentieren:

Wir haben uns ein bisschen gewundert über die Ausführungen. Denn aktuell orientieren wir uns natürlich alle an der Onko-Zertifizierung Kinderonkologie. Dort sind ja auch Entfernungen zwischen den Standorten sozusagen festgelegt worden, die für die Hauptkooperationspartner 45 Kilometer sind.

Jetzt war der Veränderungsvorschlag, dass der Abstand zwischen einem kinderonkologischen Zentrum und einer kinderonkologischen Einheit maximal 15 000 Meter sein soll. Da haben wir uns eben gefragt, was sozusagen die Sinnhaftigkeit sei und können es nicht ganz nachvollziehen, weil ja bisher der Abstand 45 Kilometer im OnkoZert war. Das würde ja sozusagen eine neue Entfernungsgrenze jenseits von den Vorgaben der Onko-Zertifizierung im Modul Kinderonkologie geben. Das erachten wir nicht als sinnvoll.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Seitz. – Das war Ihre Frage, DKG? Nachfrage? – DKG noch einmal, dann PatV.

**DKG:** Ich habe jetzt eine neue Frage. Von daher würde ich Ihnen den Vortritt lassen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Dann PatV, bitte.

**PatV:** Vielen Dank! – Ich habe eine Frage an die Kinderonkologen:

Als die Anlage für die Onkologie erarbeitet wurde, schien uns dieser kurze standortorientierte Arbeitszusammenhang zwischen Kinder- und Erwachsenenonkologie einleuchtend, weil wir davon ausgegangen sind, dass es sein kann, dass bestimmte Leistungen, die die Kinderonkologie in der Krebsversorgung braucht, eventuell bei den Erwachsenen vorgehalten werden – Geräte, Laborleistungen oder was auch immer –, sodass die enge physische standortbezogene Verbindung Sinn macht. Deswegen die Frage an die Kinderonkologen: Was könnten das für Leistungen und Vorhaltungen sein, die Sie in der Kinderonkologie dringend für kurze Wege vor Ort brauchen? – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Herr Professor Ebinger.

**Herr Prof. Dr. Ebinger (DGKJ, GPOH, GPR):** Das ist eine sehr gute und sehr berechtigte Frage. – Ich denke, für die Erstversorgung, für die Alltagsversorgung wie Bildgebung, Labor, Knochenmark, Kernspin, das sind alles Dinge, die vor Ort vorgehalten sein müssten und von OnkoZert her auch den kinderonkologischen Zentren vor Ort zugeordnet sein müssen.

Was anderes ist die Zuordnung zu einem größeren onkologischen Zentrum. Da ist es tatsächlich oft so, wenn es beispielsweise darum geht den Patienten zur Transplantation weiterzuschicken oder onkologische Referenzleistungen einzuholen, dann ist es oft nicht das nächstgelegene Erwachsenenonkologie-Zentrum, sondern ganz häufig das nächstgelegene kinderonkologische Zentrum mit seinen gewachsenen Strukturen. So bekommen wir beispielsweise von Heilbronn Anfragen und sie schleusen Patienten an unsere Infrastruktur ein, obwohl es in Heilbronn nähergelegene erwachsenenonkologische Zentren gebe. So als Beispiel genannt. Deshalb würden wir für einen größeren Radius als 15 Kilometer plädieren, weil es in der Kinderonkologie mit dieser geringen Dichte an kinderonkologischen Zentren nicht umsetzbar erscheint.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Ebinger. – Ist die Frage beantwortet, PatV?

**PatV:** Ja, vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Dann hatte ich noch einmal die DKG und dann den GKV-SV.

**DKG:** Vielen Dank! – Das ist nur noch einmal eine Nachfrage: Sie schätzen es also als nicht sachgerecht ein, dass die kideronkologische Einheit sozusagen am Standort, sprich, in einem Zweikilometerradius sein muss zu einem Zentrum für Onkologie für Erwachsene, richtig?

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herr Professor Ebinger.

**Herr Prof. Dr. Ebinger (DGKJ, GPOH, GPR):** Ja, das richtig. Das macht wenig Sinn. Die Hauptansprechpartner für uns sind tatsächlich nicht die Erwachsenenonkologen, sondern die nächstgelegenen kideronkologischen Zentren.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Gibt es weitere Wortmeldungen von den Experten dazu? Das sehe ich nicht. Ist die Frage beantwortet, DKG?

**DKG:** Ja.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Dann GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Bislang war ja immer eine der wichtigsten Aufgaben der kideronkologischen Zentren, die Differenzdiagnostik. Vielleicht können Sie dort noch einmal ausführen, an welchen Häusern das typischerweise ist, ob da unsere Einschätzung richtig ist, dass es häufig an den großen Universitätskliniken eher der Fall ist, dass es dort durchgeführt wird? In welchem Ausmaß gibt es denn kideronkologische Zentren, die tatsächlich nicht dann in unmittelbarer Verknüpfung zu einem Erwachsenenzentrum sind, die aber die Referenzdiagnostik in einem Bereich erbringen und dort ein Alleinstellungsmerkmal haben?

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herr Professor Ebinger.

**Herr Prof. Dr. Ebinger (DGKJ, GPOH, GPR):** Das ist eine sehr gute Frage. Ich überlege gerade, jedoch fällt mir kein Zentrum ein, das die Referenzleistungen erbringt, aber nicht Teil von einer größeren onkologischen Einheit einschließlich auch Erwachsenenzentrum ist.

Diese Zentren, die eigenständig sind, sind kleinere Kliniken, die nicht als Referenzzentren fungieren. Die Referenzzentren sind tatsächlich oft an großen Universitätskliniken – Stuttgart beispielsweise – angegliedert und nicht diese kleinen Einheiten, die als Stand-alone diesen größeren Radius brauchen, wenn Sie da nach dem Zusammenhang in diesem Kontext fragen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Ebinger. – Frage beantwortet? Danke. Gibt es weitere Fragen, PatV? Deutsche Krankenhausgesellschaft? GKV-SV? – Dann wieder GKV-SV.

**GKV-SV:** Wir hätten noch einmal eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie: Ist die Fallzahlanpassung von 100 auf 50 sachgerecht?

Interesshalber: Rechnen Sie vor dem Hintergrund der ausklingenden Corona-Pandemie noch einmal mit einer Zunahme der Weaning-Fälle, sodass eventuell später dann es wieder zu einem Anstieg der Weaning-Fälle kommen könnte? – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön!

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGPB):** Wir halten die Zahl 50 für sachgerecht. Sie entspricht dem, was in vielen Weaning-Zentren erreicht wird, was aber gleichzeitig auch die Kriterien einer Expertise erfüllt. Wir halten die Zahl auch deswegen für sachgerecht auf dem Boden der Zahlen, die wir vor der Pandemie gehabt haben, die eine außerhalb der Pandemie liegende Prävalenz widerspiegeln dürfte. Insofern halten wir die 50 für sachgerecht und eine weitere Erhöhung nicht für sinnvoll.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Randerath. – War es das oder Nachfrage?

**GKV-SV:** Eine kurze Nachfrage zu dem Corona-Effekt: Können Sie da schon irgendetwas sagen? Bemerkten Sie da eine Zunahme der Weaning-Patienten? Oder sind die eher nicht Weaning-behandlungsbedürftig?

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herr Randerath.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGPB):** Es hat eine Verschiebung gegeben mit einer großen Inanspruchnahme von akuten Fällen, dann natürlich auch Patienten, die dadurch aus dieser Akutsituation heraus ins Weaning gekommen sind. Das hat zu punktuellen Erhöhungen geführt, aber nicht so einer exorbitanten Erhöhung.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Danke schön! – Die Frage ist damit beantwortet. Ich frage noch einmal: PatV Frage? Deutsche Krankenhausgesellschaft, Frage? GKV-SV, Frage? Länder, immer noch keine Frage? Okay, ich habe es als keine Frage gewertet. KBV, möchten Sie sich beteiligen?

Dann frage ich jetzt noch einmal an die Runde der Stellungnehmer: Gibt es noch irgendetwas, das Sie in Ihren schriftlichen Stellungnahmen noch nicht vorgetragen haben, was jetzt noch als neue Erkenntnis hier eingebracht werden sollte, müsste? Oder ist das, was Sie schriftlich vorgetragen haben, noch der aktuelle Stand? Gibt es irgendetwas, auf das aus Ihrer Sicht hier noch zwingend hinzuweisen ist, was bislang noch nicht angesprochen worden ist? Dann würde ich um entsprechende Wortmeldungen bitten. Ansonsten würden wir jetzt die Anhörung beenden. – Herr Professor Ebinger, Sie haben sich noch einmal gemeldet.

**Herr Prof. Dr. Ebinger (DGKJ, GPOH, GPR):** Ganz kurz: Das, was Herr Seitz von der Kinderchirurgie aus gesagt hat, haben wir nicht in unserer Stellungnahme reingeschrieben, dass wir uns mehr Distanz zwischen den Zentren wünschen, den zugeordneten onkologischen Zentren zu kinderonkologischen Zentren, als 15 Kilometer. Wir würden uns auch dem, was er gesagt hat, anschließen: 45 Kilometer wie es in OnkoZert gehandhabt wird. – Danke.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Okay, Danke schön! – Herr Professor Marx.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass, zumindest jetzt hier regional aus Nordrhein-Westfalen heraus kann ich das sagen, ein großer Wunsch von den Häusern Netzwerkes in NRW sowohl im Rheinland wie auch Westfalen-Lippe vorhanden ist, dass außerhalb der Corona-Pandemie hier auch im Sinne der neuen Anlage 8 „Zentrums- und Intensivmedizin mit Telemedizin“ eingefordert wird und eben diese Zweitmeinung und die ortsnahe Versorgung, und auch die Möglichkeit der Skalierung von Spitzenmedizin hier wirklich eingefordert wird im täglichen klinischen Doing, die noch mal sich dafür einsetzt, dass mittels dieser neuen Zentren für Intensivmedizin Spitzenmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend auch angeboten werden kann, was sich in der harten Realität der Pandemie wirklich bewiesen hat. Ich glaube, das sollten wir auch den anderen schwerkranken Patienten nicht vorenthalten. Danke für die Unterstützung. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Marx. – Herr Professor Kuhlmann

**Herr Prof. Dr. Kuhlmann (DGfN):** Ich möchte noch einmal ganz kurz auf die Anlage 8 „Intensivmedizinische Versorgung“ eingehen:

Die DGfN, Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, hat ein großes Interesse daran und schlägt vor, dass die Nephrologie dort auch speziell eingebunden wird. Wir haben hier viel über Interdisziplinarität gesprochen. Gerade im Bereich der Nierenersatztherapie bedarf ein breites Feld von Methoden auch jenseits kontinuierlicher Nierenersatzverfahren nephrologischer Einbindung. Das wollten wir eigentlich noch einmal betonen.

**Herr Prof. Hecken: (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Kuhlmann für diesen Hinweis.

So ich schaue, denn ich möchte niemanden abschneiden: Nein, ich sehe keine Wortmeldungen mehr. Unter Zeugen: Schauen Sie alle noch einmal mal auf die Bildschirme. Es ist keine Hand mehr oben.

Dann bedanke ich mich bei Ihnen, bei denjenigen, die jetzt Fragen gestellt bekommen haben und auch solche beantwortet haben. Aber auch bei Ihnen allen für Ihre sehr umfänglichen und sehr dezidierten Stellungnahmen. Wir werden das jetzt selbstverständlich auch im Lichte der Anhörung noch einmal zu diskutieren und zu wägen haben. Vor diesem Hintergrund war das ein sehr wertvolles Stellungnahmeverfahren. – Danke, dass Sie bei uns waren. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Resttag.

Schluss der Anhörung: 12:15 Uhr