

Regelungen



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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 (BAnz AT 12.03.2020 B2)
in Kraft getreten am 1. Januar 2020

zuletzt geändert am 16. Dezember 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.01.2022 B3)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1	Rechtsgrundlage.....	4
§ 2	Begriff des Zentrums und des Schwerpunkts	4
§ 3	Grundsätze der besonderen Aufgaben	4
§ 4	Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben	5
§ 5	Grundsätze von Qualitätsanforderungen.....	6
§ 6	Evaluation	7
Anlage 1 – Seltene Erkrankungen		8
§ 1	Qualitätsanforderungen	8
§ 2	Besondere Aufgaben	10
Anlage 2 – Anforderungen an Onkologische Zentren		12
§ 1	Qualitätsanforderungen	12
§ 2	Besondere Aufgaben	16
Anlage 3 – Anforderungen an Traumazentren.....		18
§ 1	Qualitätsanforderungen	18
§ 2	Besondere Aufgaben	19
Anlage 4 – Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie		21
§ 1	Qualitätsanforderungen	21
§ 2	Besondere Aufgaben	23
Anlage 5 – Anforderungen an Herzzentren.....		26
§ 1	Qualitätsanforderungen	26
§ 2	Besondere Aufgaben	28
Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren.....		30
§ 1	Qualitätsanforderungen	30
§ 2	Besondere Aufgaben	31
Anlage 7 – Lungenzentren.....		33
§ 1	Qualitätsanforderungen	33
§ 2	Besondere Aufgaben	36

Anlage 8 – Nephrologische Zentren	39
§ 1 Qualitätsanforderungen	39
§ 2 Besondere Aufgaben	39
Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren.....	41
§ 1 Qualitätsanforderungen	41
§ 2 Besondere Aufgaben	41
Anlage 10 – Sonstige ausgewiesene Zentren	43
§ 1 Qualitätsanforderungen	43
§ 2 Besondere Aufgaben	43
Anhang – Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Anlagen 5 und 7	45
§ 1 Qualitätsanforderungen, kumulativ zu erfüllen	45
§ 2 Besondere Aufgaben	46
§ 3 	46

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Rechtsgrundlage

- (1) ¹Diese Regelung konkretisiert auf der Grundlage von § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) und bestimmt Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben. ²Sämtliche Regelungen für Zentren gelten auch für Schwerpunkte, bis spezielle Regelungen für Schwerpunkte getroffen werden.
- (2) Die nachfolgenden Bestimmungen bilden gemäß § 5 Absatz 3 KHEntgG die Grundlage für die Vereinbarung der Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).
- (3) Die Vereinbarung der Zuschläge setzt nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG die Ausweisung und Festlegung einer besonderen Aufgabe im Sinne dieser Regelung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.

§ 2 Begriff des Zentrums und des Schwerpunkts

Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelung wahrnehmen, die hierfür festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllen und für die eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist.

§ 3 Grundsätze der besonderen Aufgaben

- (1) Eine besondere Aufgabe kann sich nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V insbesondere ergeben aus
 1. einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
 2. der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder
 3. der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.
- (2) ¹Eine überörtliche und eine krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe a SGB V zeichnet sich aus durch eine zentrale Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern. ²Das Krankenhaus gestaltet federführend Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und führt fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen durch.
- (3) Die besonderen Aufgaben, die sich aus der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe b SGB V ergeben, setzen voraus, dass aufgrund geringer Häufigkeit einer Erkrankung oder der Besonderheit einer Erkrankung eine Erforderlichkeit der besonderen Vorhaltung vorliegt, zum Beispiel eine seltene personelle Fachexpertise vorgehalten wird und seltene spezialisierte Fortbildungsveranstaltungen organisiert werden.

- (4) Eine Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe c SGB V betrifft insbesondere den Betrieb außergewöhnlich kostenintensiver Großgeräte und die medizinische Kompetenz für außergewöhnlich kostenintensive und komplexe Diagnostik- und Behandlungsformen.
- (5) ¹Darüber hinaus kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die der stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten mittelbar zugutekommt. ²Sie können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.
- (6) ¹Die besonderen Aufgaben sind abschließend in diesen Regelungen einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert. ²Unberührt davon bleibt die Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder, die aber keine krankenhausesgeltlichen Rechtsfolgen gemäß § 1 Absatz 1 auslösen.
- (7) ¹Sofern die Länder bereits vor dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses im Krankenhausplan besondere Zentrumsaufgaben dieser Regelungen ausgewiesen und festgelegt haben, haben die betroffenen Krankenhäuser die vom G-BA normierten Qualitätsanforderungen innerhalb von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten der Anlagen 1 bis 5 sowie innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten von Qualitätsanforderungen des G-BA in den weiteren Anlagen zu erfüllen. ²Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. ³Bis zur amtlichen Bekanntmachung der Zentrums-Regelungen gelten die über die Regelungen hinausgehenden ausgewiesenen und festgelegten Zentrumsaufgaben für die Krankenhäuser nach Satz 1 weiter.
- (8) Der G-BA wird besondere Aufgaben und Qualitätsanforderungen für weitere Zentren, welche in den Anlagen 1 bis 10 nicht enthalten sind, entwickeln.

§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben

- (1) ¹Keine besondere Aufgabe liegt vor, wenn sie bereits durch Entgelte nach dem KHEntgG, dem KHG oder dem SGB V vergütet wird. ²Ausgeschlossen sind Aufgaben insbesondere, wenn sie
1. bereits durch die Entgelte nach § 9 Absatz 1 Nummern 1 und 2 KHEntgG vergütet werden,
 2. Gegenstand der Vereinbarungen zu klinischen Krebsregistern nach § 65c SGB V sind,
 3. Teil eines Leistungsbereichs sind, der als besondere Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG zeitlich befristet vom DRG-Vergütungssystem ausgenommen wird,
 4. nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 in Verbindung mit § 5 Absatz 3c KHEntgG finanziert werden oder
 5. nach § 6 Absatz 2a KHEntgG finanziert werden.
- (2) Eine besondere Aufgabe besteht nicht alleine in der Erbringung einer Leistung nach aktuellem medizinischen Standard, auch wenn die Leistung von besonders hoher Qualität ist.

- (3) ¹Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des KHEntgG oder nach Regelungen des SGB V vergütet werden können; sie können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören. ²Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.

§ 5 Grundsätze von Qualitätsanforderungen

- (1) ¹Voraussetzung für die Wahrnehmung einer besonderen Aufgabe im Sinne dieser Regelung ist die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, sofern spezielle personelle, sächliche und organisatorische Voraussetzungen für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten in den Anlagen definiert sind. ²Die Voraussetzungen der Absätze 6 bis 7 gelten für alle Anlagen.
- (2) ¹Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen, sofern in den zentrenspezifischen Anlagen keine anderen Vorgaben getroffen wurden. ²Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt. ³Die temporäre Nichterfüllung von personellen Anforderungen, die aufgrund von unvorhergesehenen Ereignissen eintritt und schnellstmöglich behoben wird, führt nicht dazu, dass die Voraussetzung für die Wahrnehmung von besonderen Aufgaben entfällt. ⁴Das Nähere wird in der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie geregelt.
- (3) ¹Eine Fachabteilung liegt vor, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- ²Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.
 - ³Angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. ⁴Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder an dem Patienten verfügbar.
 - ⁵Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht.
und
 - ⁶Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart. ⁷In den Fällen, in denen kein geeigneter Fachabteilungsschlüssel auf der Zweistellerebene verfügbar ist, kann ausnahmsweise auf Fachabteilungsschlüssel auf der Vierstellerebene zurückgegriffen werden.
- (4) Die in der Regelung verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

- (5) ¹Das Nähere zu Mindestfallzahlen ist in den Anlagen festgelegt. ²Für die Berechnung der Mindestfallzahl ist die Summe aller in der Anlage näher bezeichneten Fälle des Kalenderjahrs vor dem Jahr der Wahrnehmung der besonderen Aufgabe maßgeblich, die am Standort stationär behandelt wurden. ³Abweichend von Satz 2 können für die Wahrnehmung von besonderen Aufgaben im Jahr 2021 und 2022 die Fallzahlen aus dem Jahr 2019 zugrunde gelegt werden. ⁴Wenn bereits die Daten über die Fälle des Kalenderjahrs der Wahrnehmung der besonderen Aufgabe vorliegen, sind diese maßgeblich. ⁵Satz 4 gilt nicht für die Wahrnehmung von Aufgaben im Jahr 2020 und 2021 sofern die Mindestfallzahlen aus diesem Jahr niedriger als im Jahr 2019 ausgefallen sind.
- (6) ¹Der Zugang zum Krankenhaus ist grundsätzlich barrierefrei, die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. ²Das Zentrum benennt eine Ansprechperson bzw. zuständige Stelle für Menschen mit Behinderungen und veröffentlicht diese Information im Qualitätsbericht der zugelassenen Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V.
- (7) ¹Das Zentrum arbeitet strukturiert mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen zusammen und benennt dafür Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. ²Auf diese Kooperation weist das Zentrum in seinem Internetauftritt hin.

§ 6 Evaluation

Der G-BA führt fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung eine Evaluation durch und überprüft die Auswirkungen seiner Regelungen zu den besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.

Anlage 1 – Seltene Erkrankungen

Eine seltene Erkrankung im Sinne dieser Regelung ist definiert als eine Krankheit, die nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen betrifft.

Die in dieser Anlage genannten Qualitätsanforderungen sind für die Wahrnehmung der besonderen Aufgaben durch Zentren und Schwerpunkte für seltene Erkrankungen zu erfüllen.

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1. Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) verfügt über krankheitsübergreifende spezialisierte Versorgungsangebote für mehrere seltene Erkrankungen
 2. Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren) des Standortes, welche die nachfolgenden Mindestanforderungen erfüllen:
 - a) Vorhaltung des für die jeweilige seltene Erkrankung erforderlichen Teams gemäß Leitlinien oder Konsensuspapieren, soweit vorhanden,
 - b) Die Leiterin oder der Leiter des Fachzentrums ist mindestens 20 Wochenstunden für das Zentrum verfügbar, eine Stellvertreterregelung für Krankheit und Urlaub ist gewährleistet.
 - c) Das Fachzentrum verfügt über eine Anlaufstelle zur Organisation des Erstkontaktes mit geregelten festen Sprechzeiten unter Nennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.
 - d) Mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Fachzentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),
 - e) Das Fachzentrum erhebt zu den am Zentrum versorgten Patientinnen oder Patienten mit einer oder mehreren seltenen Erkrankungen Daten unter Berücksichtigung geltender datenschutzrechtlicher Vorgaben, die es entweder über ihr Referenzzentrum oder direkt an ein anerkanntes nationales oder internationales krankheits-/krankheitsgruppenspezifisches Register meldet, soweit ein solches Register vorhanden ist.
 - f) Das Fachzentrum wirkt an klinischen Studien (mit Studienprotokoll) zur entsprechenden Krankheit oder Krankheitsgruppe mit.
 - g) Die Einbindung des integrierten Fachzentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.
- und
- h) Das Fachzentrum ist im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen mit seiner spezifischen Expertise (www.se-atlas.de/) registriert.

3. ¹Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) übernimmt besondere Aufgaben für ein wissenschaftlich-fachliches Netzwerk mit mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) anderer Krankenhäuser. ²Die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.
4. Eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ist am Standort des Zentrums.
5. ¹Ein Team für humangenetische Expertise unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Humangenetik ist werktäglich (Montag – Freitag) verfügbar. ²Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist sicherzustellen, dass ein Team zu festgelegten Zeiten mindestens drei Tage in der Woche sowie bei Bedarf innerhalb von 60 Minuten am Standort verfügbar ist.
6. Werktägliche (Montag – Freitag) Verfügbarkeit einer ärztlichen Lotsin oder eines ärztlichen Lotsen, die oder der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten in der Pädiatrie und in der Erwachsenenmedizin bundesweit übernimmt.
7. Regelmäßige Durchführung einer interdisziplinären Sprechstunde für nicht gesicherte Diagnosen
und
8. verpflichtende Teilnahme an Maßnahmen der Kartierung der Versorgungslandschaft durch Registrierung im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen (www.se-atlas.de/).

(2) Forschungstätigkeit

1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren, möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe, sowie internationale Vernetzung mit anderen Experten- und Referenzzentren,
2. in der Regel jährliche wissenschaftliche Publikation (Internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) und
3. Integration in eine universitäre Einrichtung mit nachgewiesener Forschungs- und Lehrtätigkeit zu seltenen Erkrankungen.

(3) Mindestfallzahlen

1. ¹Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 3.000 Fälle mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. ²Die Kodierung erfolgt mittels ICD-10-GM. ³Alpha ID-SE und Orphanet-Kennnummer sind zusätzlich anzugeben, sofern sie für die zu kodierende Erkrankung vorliegen. ⁴Maßgeblich für die Ermittlung der Mindestfallzahl nach Satz 1 ist die ICD 10-GM.
2. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 50 interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser durchgeführt; diese können auch telemedizinisch erbracht werden.

(4) 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 für seltene Erkrankungen und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen durch das Referenzzentrum und seine am Standort integrierten Fachzentren eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. ¹Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. ²Durchführung 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. ¹Regelmäßige, 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. ²Diese Veranstaltungen sollen in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) angeboten werden und multidisziplinäre und multiprofessionelle Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen berücksichtigen. ³Sie sollen 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. ¹Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Zentrums für seltene Erkrankungen 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. ²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse von seltenen Erkrankungen. ³Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
 - a) Darstellung des Zentrums für seltene Erkrankungen 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), Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),

- c) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
 - d) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Zentren für seltene Erkrankungen,
 - e) Anzahl der durch humangenetische Analysen gesicherten Diagnosen gegenüber bisher unklaren Diagnosen,
 - f) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,
 - g) Nennung der Studien zu seltenen Erkrankungen, an denen das Zentrum teilnimmt und
 - h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen des Zentrums zu seltenen Erkrankungen.
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.
 6. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für die seltenen Erkrankungen, die im Zentrum betreut werden, unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
 7. Vorhaltung eines Koordinators, der die Koordination zwischen den Fachzentren (Typ B Zentren) innerhalb des Referenzentrums (Typ A Zentrums) sowie außerhalb zu anderen Referenzzentren (Typ A Zentren) und anderen Fachzentren (Typ B Zentren) oder anderen Mitgliedern des Europäischen Referenznetzwerkes übernimmt sowie eines ärztlichen Lotsen und gegebenenfalls zusätzlich eines nicht-ärztlichen Lotsen der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten innerhalb des Zentrums und bundesweit übernimmt.
 8. Bereitstellung einer webbasierten, öffentlich einsehbaren Informationsplattform, die einen bundesweiten Überblick über Versorgungsmöglichkeiten und Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit seltenen Erkrankungen bietet und eine regelmäßige Qualitätssicherung der Daten durchführt (Versorgungsatlas für Menschen mit seltenen Erkrankungen).
 9. Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.
 10. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

Anlage 2 – Anforderungen an Onkologische Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) 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 in dem Zentrum 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.

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

(3) 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

(4) Kooperationen

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

(5) Mindestfallzahlen

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

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

⁴Die je Tumorentität mindestens zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen. ⁵Das 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). ⁶Der 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. ⁷Abweichend 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 gastrointestinale 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
GESAMT		406.018	100 %	
Lunge	C34	53.762	13,24	200
Kinderonkolo- gie ¹	Onkologisch-hä- matologische Hauptdiagnosen gemäß Liste 1 KiOn-RL	2.111	0,52	30 Zentrumsfälle

Tabelle 1

¹ Für die Kinderonkologie werden 30 Behandlungsfälle (nicht notwendigerweise Primärfälle) am Standort des Zentrums pro Jahr gefordert.

§ 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. ¹Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. ²Durchführung 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. ¹Regelmäßige, 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. ²Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
3. ¹Umsetzung 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. ²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Onkologie. ³Diese 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).

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 2012¹.

(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,

¹ 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 mikrochirurgischer 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.

§ 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. ¹Interdisziplinäre traumatologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. ²Durchführung 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. ¹Regelmäßige, 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. ²Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
- 3. ¹Umsetzung 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.

²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Schwerverletztenversorgung. ³Diese 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.
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. 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 4 – Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle Anforderungen

- a) Organisatorisch eigenständige Fachabteilung für Rheumatologie am Standort des Rheumatologischen Zentrums,
- b) zusätzlich drei von acht der folgenden Fachabteilungen am Standort: Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Augenheilkunde,
- c) 24-stündige Aufnahmebereitschaft für akut rheumatologische Fälle.

(2) Forschungstätigkeit

1.
 - a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren
oder
 - b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Rheumatologie
oder
 - c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa oder rheumatologische Grundlagenforschung,
2. Beteiligung an einem fachspezifischen Register, sofern vorhanden.

(3) 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.

(4) Mindestfallzahlen

1. Stationäre Betreuung von mehr als 500 Fällen mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße jährlich als Hauptdiagnose
oder
2. Stationäre Betreuung von jährlich mindestens 100 Fällen mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose:
 - M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
 - M31.3 Wegener-Granulomatose
 - M31.4 Aortenbogen-Syndrom (Takayasu-Syndrom)
 - M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
 - M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis
 - M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
 - M32.- Systemischer Lupus erythematoses

- M32.1 Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen
- M32.8 Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes
- M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- M33.2 Polymyositis
- M34.- Systemische Sklerose, Sklerodermie
- M34.0 Progressive Systemische Sklerose
- M34.1 CR(E)ST-Syndrom
- M34.8 Sonstige Formen der systemischen Sklerose
- M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome

(5) Anforderungen an Kinderrheumatologische Zentren

Die Anforderungen der Absätze 1 und 4 sind nicht anzuwenden, sofern die folgenden Anforderungen erfüllt sind:

1. Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort,
2. Mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugendrheumatologie am Standort,
3. stationäre Betreuung von jährlich mindestens 100 Fällen mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren:

- A69.0 Familiäres Mittelmeerfieber
- D68.6 Sonstige Thrombophilien
- D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
- D69.0 Purpura anaphylactoides
- D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose
- D86.0 Sarkoidose der Lunge
- D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.3 Sarkoidose der Haut
- D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen
- E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
- H20.0 akute Iridozyklitis
- H20.1 chronische Iridozyklitis
- H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet
- I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung
- I37.1 Pericarditis
- I73.0 Raynaud Syndrom
- I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet
- L40.5 Psoriasis arthropathie
- L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme
- L93.0 discoider Lupus erythematodes
- L94.1 Lineare Sklerodermie
- L95.6 Cutane Vaskulitis
- M00.90 Septische Arthritis
- M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit
- M02.1- Postenteritische Arthritis
- M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet

- M05.- Seropositive chronische Polyarthrit
- M06.0- Seronegative chronische Polyarthrit
- M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit
- M07.1-* Arthritis mutilans
- M07.2-* Spondylitis psoriatica
- M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5⁺)
- M08.- Juvenile Arthritis
- M09.- * Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- M13.- Sonstige Arthritis
- M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8
- M30.0 Panarteriitis nodosa
- M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
- M30.2 Juvenile Panarteriitis
- M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]
- M31.3 Wegener Granulomatose
- M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]
- M31.7 Mikroskopische Polyangiitis
- M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien
- M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
- M32.- Systemischer Lupus erythematodes
- M33.0 Juvenile Dermatomyositis
- M33.1 Sonstige Dermatomyositis
- M33.2 Polymyositis
- M34.- Systemische Sklerose
- M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
- M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome
- M35.2 Behçet-Krankheit
- M35.4 Eosinophile Fasziitis
- M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
- M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
- M45.0- Spondylitis ankylosans
- M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
- M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

und

4. Vorhaltung eines Transitionskonzeptes.

§ 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 rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese

zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

2. 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 Rheumatologie dienen. 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. ¹Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Rheumatologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geltenden Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. ²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Rheumatologie. ³Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
 - a) Darstellung des Rheumatologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,
 - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Rheumatologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie sowie der Fachärztinnen und Fachärzte aus den Bereichen Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie (soweit die entsprechenden Fachabteilungen gemäß § 1 Absatz 1 Buchstabe b vorhanden sind),
 - 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 Rheumatologischen 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 Rheumatologie und
 - i) Nennung der Klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.
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 Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
6. Sofern die Anforderungen an ein Kinderrheumatologisches Zentrum gemäß § 1 Absatz 5 erfüllt sind: Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.

Diese Richtlinien-Version ist nicht .

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)¹ 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 (MHI-RL) 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 Patienten im kardiogenen Schock, bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer

¹ 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.

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-Kardiologie 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).

§ 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. ¹Interdisziplinäre kardiologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. ²Durchführung 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. ¹Regelmäßige, 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. ²Diese 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.
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser und 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.
 6. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.

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.

§ 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. ¹Regelmäßige, 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. ²Diese 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. ¹Umsetzung 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. ²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. ³Diese 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.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

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 100 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär (OPS 8-718.8, 8-718.9),
 - e) die Weaningseinheit 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 Weaningseinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 100 Patientinnen und Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.
5. Für die Versorgung von Notfällen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist sicherzustellen, dass ein Kinder- und Jugendarzt mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie jederzeit innerhalb von 30 Minuten im Zentrum verfügbar ist, dies ist auch im Rahmen einer Kooperation möglich. Weiterhin muss das Zentrum – sofern es nicht für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgestattet ist – über ein Konzept zur Verlegung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in die nächstgelegene qualifizierte Einrichtung verfügen.

(2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

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

(3) Forschungstätigkeit und Vernetzung

1.

- a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
- b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der Lungenheilkunde oder
- c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa,

2. Das Zentrum nimmt an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil und

3. Das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).

4. Das Lungenzentrum ist Teil eines onkologischen Zentrums gemäß Anlage 2 am Standort oder weist eine schriftlich vereinbarte Kooperation mit einem onkologischen Zentrum gemäß Anlage 2 nach.

(4) Mindestfallzahlen

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

oder

b) Sofern das Lungenzentrum

1. mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose (C34) pro Jahr behandelt

und

2. über eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie oder einen besonderen Nachweis über eine Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie, die die Patientinnen und Patienten des Lungenzentrums bei entsprechender Indikation operiert, verfügt,

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

(5) Spezialisierungen am Standort

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

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

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

b) Behandlung von jährlich mindestens 1.200 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47),

- c) Board für spezifische interventionelle und pharmakologische COPD- und Emphysemtherapie, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Thoraxchirurgie. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Therapieentscheidung getroffen wird (z. B. Indikationsstellung zu α 1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden, und
- d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen
- oder
2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für interstitielle Lungenkrankheiten (Lungengerüsterkrankungen), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:
- a) Board für interstitielle Lungenerkrankungen mit mindestens zweiwöchentlichen interdisziplinären protokollierten Fachkonferenzen, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie. Bei Bedarf nimmt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie an der Fachkonferenz teil. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Diagnose und Therapieentscheidung getroffen wird. Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden
- b) jährliche Behandlung von mindestens 300 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J84.-),
- c) technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie und
- d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen
- oder
3. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für seltene Infektionskrankheiten der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:
- a) Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen seltener Infektionskrankheiten der Lunge einschließlich Tuberkulose und atypischen Mykobakteriosen (A15.-, A16.-, A19.-, A21.2, A22.1, A31.0, A48.1, B25.0, B37.1, B44.0, B44.1, J12-14),
- b) Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zur phänotypischen Resistenzbestimmung, auch in Kooperation möglich. Möglichkeit zur genotypischen Resistenzbestimmung gegen Rifampicin und Isoniazid innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang, auch in Kooperation möglich,
- c) eine getrennte Infektionsstation zur Behandlung von ansteckungsfähigen Tuberkulosen einschließlich multi-drug resistant TB (MDR-TB) ist vorhanden,

- d) Möglichkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ansteckungsfähiger Tuberkulose auf einer Intensivstation,
- e) Vorhaltung eines multidisziplinären Antibiotic Stewardship (ABS) - Teams (gemäß S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaawendung 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

§ 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. ¹Regelmäßige, 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. ²Diese 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. ¹Umsetzung 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. ²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. ³Diese 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.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 8 – Nephrologische Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

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

§ 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 spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. ¹Regelmäßige, 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 Nephrologie dienen. ²Diese 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. ¹Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Nephrologischen Zentrums und seines Netzwerkes dar-

stellt 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. ²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. ³Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

- a) Darstellung des Nephrologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,
 - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie,
 - 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 Nephrologischen Zentren und
 - g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

¹Ist die Ausweisung als Kinderonkologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2020 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem die Zentrumsaufgabe des Kinderonkologischen Zentrums vor dem 1. Januar 2020 ausgewiesen ist.

²Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. ³Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2021 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Kinderonkologischen Zentren. ⁴Mit Ablauf des 31. Dezember 2021 tritt diese Anlage außer Kraft.

§ 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 spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. ¹Regelmäßige, 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 Kinderonkologie dienen. ²Diese 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. ¹Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Kinderonkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese

umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geltenden Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. ²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. ³Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

- a) Darstellung des Kinderonkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,
 - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie,
 - 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 Kinderonkologischen Zentren und
 - g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
 7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

Anlage 10 – Sonstige ausgewiesene Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

- (1) ¹Für alle nicht in den Anlagen 1 bis 9 geregelten Arten von Zentren, für die für den Vereinbarungszeitraum 2019 Zentrumszuschläge auf Basis des Regelungsgehalts des Schiedspruchs der Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG vom 8. Dezember 2016 vereinbart wurden und die vor dem 1. Januar 2020 im Landeskrankenhausplan eines Bundeslandes ausgewiesen worden sind, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich als die des Landeskrankenhausplans, in dem die Zentrumsaufgabe des Krankenhauses vor dem 1. Januar 2020 ausgewiesen ist. ²Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. ³Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2022 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren. ⁴Mit Ablauf des 31. Dezember 2022 tritt diese Anlage außer Kraft.
- (2) Zur Sicherung einheitlicher Qualitätsanforderungen gilt Absatz 1 nicht für Zentren, die zwar die dort beschriebenen formalen Voraussetzungen erfüllen, aber nur einen Teil des Leistungsspektrums erbringen, das auch von den in den Anlagen 1 bis 9 definierten Zentren regelhaft erbracht wird oder erbracht werden könnte.

§ 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 Krankenhäusern 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, 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. Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. ¹Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Standards und Möglichkeiten der Patientenbehandlung dienen. ²Diese 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. ¹Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des 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. ²Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. ³Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
 - a) Darstellung des Zentrums 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 Zentren und
 - f) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

Anhang – Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Anlagen 5 und 7

§ 1 Qualitätsanforderungen, kumulativ zu erfüllen

- (1) Besondere Kompetenz in einem für die Versorgung von COVID-19 Patientinnen und Patienten relevanten Versorgungsschwerpunkt

Das Zentrum erfüllt die Anforderungen mindestens einer der folgenden Anlagen der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V:

- a. Anlage 5 – Herzzentren oder
- b. Anlage 7 – Lungenzentren.

Die Ausweisung und Festlegung als Herz- oder Lungenzentrum oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus wird nicht vorausgesetzt. Maßgeblich für die in diesem Anhang normierten erweiterten Zentren ist allein, dass die in der Anlage 5 oder 7 normierten Qualitätsanforderungen erfüllt sind.

- (2) Jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie

- a) Im Jahr 2019 Abrechnung von mehr als 100.000 Beatmungsstunden von Fällen >48 Std. Beatmungszeit und vollendetem ersten Lebensjahr,
- b) Versorgung von mehr als 200 voll- oder teilstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020,
- c) Intensivmedizinische Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie; 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,
- d) 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit veno-venöser extrakorporaler Membranoxygenierung (VV-ECMO) für Patientinnen und Patienten mit akutem Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS), bestehend aus mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit jeweils Erfahrung in der Implantation von VV-ECMO-Systemen,
- e) es muss täglich mindestens eine Tele-Visite für die Intensivstation jedes an das intensivmedizinische digital-gestützte Versorgungsnetzwerk angeschlossene Krankenhaus durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin aus dem IDV-Zentrum durchführbar sein
und
- f) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden im Telemedizinzentrum anwesend sein. Diese Ärztin bzw. dieser Arzt darf keine anderen Aufgaben im Krankenhaus zeitgleich übernehmen. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin

innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein.

(3) Besondere telemedizinische Kompetenz und Ausstattung

- a) Eine hochauflösende bidirektionale Audio- und Videoübertragung in Echtzeit muss jederzeit unmittelbar durchführbar sein. Diese muss eine direkte Patientenuntersuchung durch den Teleintensivmediziner in hoher Qualität ermöglichen.
- b) Die Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten soll auf der Intensivstation unter apparativem Monitoring stattfinden.
- c) Parallel zur Audio-Videoübertragung muss ein Zugriff auf die Originaldaten inklusive der aktuellen Bildgebung der Patientin bzw. des Patienten möglich sein, und
- d) Die Dokumentation über Befund- und Therapieempfehlungen sind unter Verwendung einer elektronischen Fallakte schriftlich anzufertigen sowohl durch den Teleintensivmediziner als auch durch den Anfordernden.

§ 2 Besondere Aufgaben

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

- 1a) Telemedizinische interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind und sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind:
 - Durchführung von fachspezifischen Kolloquien,
 - Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern,
 - Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser,
- 1b) Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, und
- 1c) Unterstützung anderer Krankenhäuser durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.

oder

2. Vorhaltung von 3 Vollzeit-Stellenanteilen zur Erfüllung der Anforderung gem. § 1 Abs. 2 Buchstabe e. und f. Diese Stellenanteile müssen auf mindestens 6 Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verteilt werden.

§ 3

Dieser Anhang zu Anlage 5 und 7 tritt mit Ablauf des 31. März 2022 außer Kraft.