



Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Zentrums-Regelungen:
Aufnahme telemedizinischer Leistungen in Herzzentren der
Anlage 5 und in Lungenzentren der Anlage 7

Vom 18. März 2022

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Zu Nummer 1:	2
2.2	Zu Nummer 2 und 3:	3
2.3	Quellen	4
3.	Bürokratiekostenermittlung	4
4.	Verfahrensablauf	5

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der G-BA beauftragt, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG und in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen, vgl. § 136c Absatz 5 SGB V. Der G-BA hat auf dieser gesetzlichen Grundlage die Zentrums-Regelungen beschlossen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die bestehenden Regelungen erweitert werden. Durch Telemedizin kann das erforderliche und nicht überall verfügbare Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 verfügbar gemacht werden. Das Potential für einen proaktiven Telemedizinansatz in der Intensivmedizin zur Versorgungsgestaltung ist im aktuellen Pandemiegeschehen nach wie vor hoch, so ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Beratungen zur intensivmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion alleine aufgrund der steigenden stationären Fallzahlen zunimmt.

Zur Weiterführung der im Jahr 2021 durch die „Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk“ (IDV-Zentren) übernommenen besonderen Aufgaben, werden diese jetzt direkt den Herz- und Lungenzentren übertragen. Dies wird möglich, da inzwischen ausreichend Zentren durch die Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer ausgewiesen wurden und sich überdies aufgrund der Pandemiesituation neue Versorgungsnetzwerke um diese Krankenhäuser gebildet haben [6].

2.1 Zu Nummer 1:

In den einzelnen Anlagen der Zentrums-Regelungen ist bereits jetzt die Erbringung von telemedizinischen Leistungen geregelt. Durch die Telemedizin kann erforderliches aber nicht überall verfügbares Expertenwissen für an ein telemedizinisches Netzwerk angeschlossene weitere stationäre Leistungserbringer zugänglich gemacht werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass bei der Wahrnehmung besonderer Aufgaben in telemedizinischer Form geeignete Mindeststandards an die technische Ausstattung vom Zentrum erfüllt werden. Hierzu gehört insbesondere eine hochauflösende bidirektionale Audio- und Videoübertragung in Echtzeit, die dem aktuellen Stand der Technik entspricht und eine Patientenuntersuchung durch den Arzt oder die Ärztin des Zentrums in hoher Qualität ermöglicht.

Die Technik muss dazu jederzeit einsatzbereit sein. Parallel zur Audio-Videoübertragung muss ein Zugriff auf die Originaldaten inklusive der aktuellen Bildgebung des Patienten möglich sein, um trotz räumlicher Trennung eine Empfehlung hinsichtlich Diagnostik und Therapie festzuhalten. „Originaldaten“ ist hierbei so zu verstehen, dass die Qualität der dem Zentrum vorliegenden Daten dem Original entsprechen muss und etwaige Änderungen für alle Nutzer sichtbar sind. Dies kann beispielweise durch die vorherige Übersendung der Daten oder über den gemeinsamen Zugang mit Hilfe der eingesetzte Telekommunikationssoftware gewährleistet werden.

Mit diesen für sämtliche Zentren geltenden Ergänzungen orientiert sich der Gemeinsame Bundesausschuss an den umfangreichen Erfahrungen des Innovationsfonds-Projektes „TELnet@NRW“ [4], welches eine gemeinsame digitale Infrastruktur als zentrales Element der telemedizinischen Versorgung erkannt und erprobt hat sowie an der S1-Leitlinie der Deutschen

Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) „Telemedizin in der Intensivmedizin“ (001-034) [5].

2.2 Zu Nummer 2 und 3:

Die Wahrnehmung dieser besonderen Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus. Die Herz- und Lungenzentren sind aufgrund ihrer fachlichen Erfahrung mit intensivpflichtigen und langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten nicht nur in besonderer Weise für die effektive Versorgung, sondern auch für die Beratung anderer Krankenhäuser bei Fällen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 qualifiziert.

Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Mitglieder des Netzwerks verfügbar sein. Daher steht das Zentrum mit seiner besonderen fachlichen und diagnostischen Expertise als Ansprechpartner für weitere stationäre Leistungserbringer zur Verfügung und unterstützt diese in der Therapieplanung und Versorgung von am Coronavirus SARS-CoV-2 erkrankten Patientinnen und Patienten durch telemedizinische Leistungen. Dies kann sowohl Beratungsleistungen, als auch verschiedene diagnostische Leistungen (z. B. Bildgebung, Interpretation von spezialisierten Labor- und sonstigen Untersuchungen) umfassen, die telemedizinisch erbracht werden. Sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistungen nach sonstigen Regelungen abrechenbar sind (vgl. § 4 Absatz 3) und vom Umfang bzw. Komplexität darüber hinausgehen, können die Kriterien einer besonderen Aufgabe erfüllt sein. Ausschlaggebend ist hier insbesondere, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

Als zusätzliche Voraussetzung zur Wahrnehmung dieser Aufgabe wird eine entsprechende Routine in der intensivmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 als zwingend notwendig erachtet. Insgesamt wurden im Jahr 2020 172.248 Behandlungsfälle mit der Nebendiagnose U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) stationär versorgt, davon 36.305 auf Intensivstationen [1]. Da inzwischen nicht zuletzt aufgrund der Statistiken des DIVI-Registers verlässliche Zahlen zur intensivmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 für das Jahr 2020 vorliegen und die Beratungsleistungen sich ausschließlich auf diese Gruppe beziehen, ist eine Konkretisierung der Anforderung notwendig. Bereits im ersten Halbjahr 2020 wurden von Maximalversorgern annähernd 100 Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Erkrankung intensivmedizinisch versorgt [7]. Da sich bei der Betrachtung des gesamten Jahres 2020 sowohl die Zahl aller Behandlungsfälle, als auch die Zahl auf Intensivstationen, im Vergleich zum Zeitraum Januar bis September 2020 verdreifacht hat [2], wird die hier gewählte Zahl von 50 intensivmedizinischen Behandlungsfällen sowohl von Maximalversorgern, als auch von Spezialkliniken erreicht. Gleichzeitig erlaubt es diese Änderung in Verbindung mit der besseren Datengrundlage auf den Nachweis der erbrachten Beatmungsstunden zu verzichten, da etwa die Hälfte der intensivmedizinischen Fälle beatmet wird [1]. Es wird auf die Leistungserbringung im Jahr 2020 abgezielt, um eben diejenigen Häuser zu erfassen, die die meiste Erfahrung bei der Versorgung erwerben konnten.

U07.1 soll gemäß der ICD-10-GM als Nebendiagnose kodiert werden, wenn COVID-19 durch einen Labortest nachgewiesen ist, ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome [3].

Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Mitglieder des Netzwerks verfügbar sein. Dies bedeutet konkret, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein muss. Um

eine effektive Netzwerkbildung und -kooperation zu ermöglichen und bereits etablierte Netzwerkstrukturen nutzen zu können, wurde diese Anforderungen aus der S1-Leitlinie der DGAI „Telemedizin in der Intensivmedizin“ [5] übernommen. Grundlage für diese Festlegung sind unter anderem auch Erfahrungen, die im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts „TELnet@NRW“ [4] gemacht wurden.

2.3 Quellen

1. **Augurzky, Boris/Busse, Reinhard/Haering, Alexander/Nimptsch, Ulrike/Pilny, Adam/Werbeck, Anne.** Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen von Krankenhäusern in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2021.
2. **Augurzky, Boris/Busse, Reinhard/Haering, Alexander/Nimptsch, Ulrike/Pilny, Adam/Werbeck, Anne.** Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen von Krankenhäusern in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis September 2020. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2021.
3. **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM.** Kodierempfehlung zu Fallkonstellationen im Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen SARS-CoV-2/COVID-19. Stand: 16. Juli 2020 mit Aktualisierung vom 22. April 2021.
4. **Greiner, Wolfgang/Elkenkamp, Svenja/Gensorowsky, Daniel/Beckers, Rainer/Strotbaum, Veronika/Dittrich, Karinna.** Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Gesundheitsstruktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Versorgung (TELnet@NRW) - Evaluationsbericht. 2021.
5. **Marx, Gernot/Markewitz, Andreas/van Aalst, Günter.** Telemedizin in der Intensivmedizin S1 Leitlinie der DGAI (001-034). Stand: 30.09.2020.
6. **Panchyryz, Ivonne/Pohl, Solveig/Hoffmann, Julia/Gatermann, Carina/Walther, Felix/Harst, Lorenz, et al.** Die Rolle der Universitätskliniken im regionalen medizinischen Versorgungsmanagement zur Bewältigung der COVID-19 Pandemie. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2021;167:68-77.
7. **Schroeder, Ines/Scharf, Christina/Zoller, Michael/Wassilowsky, Dietmar/Frank, Sandra/Stecher, Stephanie-Susanne, et al.** Charakteristika und Outcome von 70 beatmeten COVID-19-Patienten. Der Anaesthesist 2020;70(7):573-581.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
10.06.2021	UA BPL	Beauftragung der AG Besondere Aufgaben für Zentren und Schwerpunkte (AG BAZS)
13.12.2021	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens unter Beteiligung der folgenden Stellungnahmeberechtigten: <ul style="list-style-type: none"> – § 91 Absatz 5 SGB V (Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer) – § 91 Absatz 5a SGB V (Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit) – § 136c Absatz 5 SGB V (betroffene medizinische Fachgesellschaften, die in der AWMF organisiert sind) – 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO (Stellungnahmeberechtigte im Einzelfall)
11.02.2022	UA BPL	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
11.03.2022	UA BPL	Abschließende Befassung
18.03.2022	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Zentrums-Regelungen
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ	<i>Wählen Sie ein Gremium aus.</i>	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 18. März 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken