



# **Zusammenfassende Dokumentation**

**Unterausschuss Bedarfsplanung (UA BPL)**

**Änderung der Zentrums-Regelungen: Aufnahme  
telemedizinischer Leistungen in Herzzentren der  
Anlage 5 und in Lungenzentren der Anlage 7**

Stand: 15.03.2022

Unterausschuss Bedarfsplanung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

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

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Darstellung der Änderungen im Regelungen-Fließtext.....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Tragende Gründe die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden.....</b>	<b>12</b>
<b>3.</b>	<b>Darstellung des Stellungnahmeverfahrens .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Insitutionen/Organisationen.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Eingegangene Stellungnahmen .....</b>	<b>22</b>
3.2.1	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) .....	22
3.2.2	Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI).....	25
3.2.3	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie [DGTHG] .....	29
3.2.4	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) – AG Digitalisierung.....	32
3.2.5	Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK).....	34
3.2.6	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn.....	38
3.2.7	Gemeinsame Stellungnahme: .....	40
3.2.8	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. ....	42
3.2.9	Verzicht auf Stellungnahme der VRA.....	44
3.2.10	Verzicht auf Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) .....	45
<b>3.3</b>	<b>Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen .....</b>	<b>46</b>
<b>3.4</b>	<b>Wortprotokoll der mündlichen Anhörung .....</b>	<b>65</b>
<b>4.</b>	<b>Beschlussfassung.....</b>	<b>89</b>
<b>4.1</b>	<b>Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V .....</b>	<b>89</b>
<b>4.2</b>	<b>Beschluss .....</b>	<b>90</b>



## 1. Darstellung der Änderungen im Regelungen-Fließtext



## Beschlussentwurf

### des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Erbringung telemedizinischer Leistungen

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Zentrums-Regelungen in der Fassung vom 5. Dezember 2019 (BAnz AT 12.03.2020 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. November 2020 (BAnz AT 17.12.2020 B8) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I.

*Fließtext, Stand: 18.02.2021 - Änderungen zur geltenden Fassung in blau*

Position A	Position B
[...]	[keine Änderung]
<p><b>§ 3 Grundsätze der besonderen Aufgaben</b></p> <p>(1) Eine besondere Aufgabe kann sich nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V insbesondere ergeben aus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,</li> <li>2. der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder</li> <li>3. der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.</li> </ol> <p>(2) <sup>1</sup>Eine 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. <sup>2</sup>Das</p>	

<p>Krankenhaus gestaltet federführend Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und führt fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen durch.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(5) <sup>1</sup>Darüber hinaus kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die der stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten mittelbar zugutekommt. <sup>2</sup>Sie können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.</p> <p>(6) <sup>1</sup>Die besonderen Aufgaben sind abschließend in diesen Regelungen einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert. <sup>2</sup>Unberührt davon bleibt die Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder, die aber keine krankenhausesgeltlichen Rechtsfolgen gemäß § 1 Absatz 1 auslösen.</p> <p>(7) <sup>1</sup>Sofern die Länder bereits vor dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses im Krankenhausplan besondere Zentrums-</p>	
---	--

aufgaben 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. <sup>2</sup>Dies gilt auch für eine gleichartige Festlegung im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntg durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. <sup>3</sup>Bis zur amtlichen Bekanntmachung der Zentrumsregelungen 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.

(9) Sofern die Leistungen einer besonderen Aufgabe, welche direkt an der Patientin oder dem Patienten erfolgen, telemedizinisch erbracht werden, müssen folgende Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Ausstattung erfüllt sein:

1. Eine Fachärztin oder ein Facharzt der erforderlichen Fachrichtung mit entsprechendem Qualifikationsnachweis der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer ist innerhalb von 30 Minuten nach Anfrage für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.
2. Eine hochauflösende bidirektionale Audio- und Videoübertragung in Echtzeit muss jederzeit unmittelbar durchführbar sein. Diese muss eine direkte Patientenuntersuchung durch den Telemediziner in hoher Qualität ermöglichen.

<p>3. Parallel zur Audio-Videoübertragung muss ein Zugriff auf die Originaldaten inklusive der aktuellen Bildgebung der Patientin bzw. des Patienten möglich sein.</p> <p>4. Die Dokumentation über Befund- und Therapieempfehlungen ist unter Verwendung einer elektronischen Fallakte schriftlich anzufertigen sowohl durch den Telemediziner als auch durch den Anfordernden.</p>	
<b>Position A</b>	<b>Position B</b>
<p>[...]</p> <p><b>Anlage 5 – Anforderungen an Herzzentren</b></p> <p><b>§ 2 Besondere Aufgaben</b></p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <sup>1</sup>Interdisziplinäre kardiologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind.</li> <li><sup>2</sup>Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</li> <li>2. <sup>1</sup>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für</li> </ol>	<p>[keine Änderung]</p>



<p>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Herzmedizin dienen. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.</p> <p>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.</p> <p>4. <sup>1</sup>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 geltenden Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Herzmedizin. <sup>3</sup>Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Darstellung des Herzzentrums und seiner Netzwerkpartner,</li><li>b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für</li></ul>	
---	--

<p>Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie, Kardiologie und Kinderkardiologie,</p> <p>c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),</p> <p>d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),</p> <p>e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,</p> <p>f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Herzzentren,</p> <p>g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,</p> <p>h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Herzmedizin und</p> <p>i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.</p> <p>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.</p> <p>6. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter</p>	
--	--

<p>ter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.</p> <p>7. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2, wenn diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind. Die Übernahme dieser besonderen Aufgabe setzt voraus, dass das Zentrum im Jahr 2020 mehr als 100 vollstationäre Fälle mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) intensivmedizinisch behandelt hat.</p>	
<p><b>Position A</b></p>	<p><b>Position B</b></p>
<p>[...]</p> <p><b>Anlage 7 – Lungenzentren</b></p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ol>	<p>[keine Änderung]</p>

<p>können auch telemedizinisch erbracht werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.</li> <li>3. <sup>1</sup>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Pneumologie dienen. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.</li> <li>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.</li> <li>5. <sup>1</sup>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Lungenzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinaus-</li> </ol>	
--	--

<p>gehen. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. <sup>3</sup>Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Darstellung des Lungenzentrums und seiner Netzwerkpartner,</li><li>b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,</li><li>c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),</li><li>d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),</li><li>e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,</li><li>f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Lungenzentren und</li><li>g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,</li><li>h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Lungenmedizin und</li><li>i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.</li></ul>	
---	--

<p>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.</p> <p>7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).</p> <p>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.</p> <p>9. <sup>1</sup>Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2, wenn diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind. <sup>2</sup>Die Übernahme dieser besonderen Aufgabe setzt voraus, dass das Zentrum im Jahr 2020 mehr als 100 vollstationäre Fälle mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) intensivmedizinisch behandelt hat.</p>	
Position A	Position B
	<p>[...]</p> <p>Anhang – Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Anlagen 5 und 7</p>

[keine Änderung]	§ 3 Dieser Anhang zu Anlage 5 und 7 tritt mit Ablauf des <del>31.12.2021</del> [ab 01.01.2022: <del>31.03.2022</del> ] 31.12.2022 außer Kraft.
------------------	--

II. Die Änderung der Regelungen tritt [Angabe zum Inkrafttreten] in Kraft.

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

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**2. Tragende Gründe die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**

# Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Erbringung telemedizinischer Leistungen

Vom XX. November 2021

## Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung .....	2
3. Bürokratiekostenermittlung.....	7
4. Verfahrensablauf .....	7
5. Fazit.....	7



## 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

Position A	Position B
<p>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. Gleichwohl muss dabei sichergestellt sein, dass, bei der Wahrnehmung besonderer Aufgaben in telemedizinischer Form, Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Ausstattung durch das jeweilige Zentrum erfüllt werden. Dazu zählt im Besonderen die zeitnahe Verfügbarkeit von Fachärztinnen oder Fachärzten der aus medizinischer Sicht erforderlichen Fachrichtung mit entsprechenden Qualifikationsnachweisen beispielweise für Beratungsleistungen oder auch für diagnostische Leistungen. Zudem kommt es neben der fachlichen Expertise auf eine sachgerechte technische Ausstattung an, die die reibungslose Beurteilung komplexer medizinischer Sachverhalte in Echtzeit ermöglicht. Mit diesen für sämtliche Zentren geltenden Ergänzungen orientiert sich der Gemeinsame Bundesausschuss an den umfangreichen Erfahrungen des Innovationsfonds-Projektes TELnet@NRW, welches eine gemeinsame digitale Infrastruktur als zentrales Element der telemedizinischen Versorgung erkannt und erprobt hat.</p>	<p>Vor dem Hintergrund der weiterhin anhaltenden COVID-19-Pandemie sollen mit dem vorliegenden Beschluss die bestehenden Regelungen um ein Jahr verlängert 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 sehr hoch. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Beratungen zur intensivmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion auch im Jahr 2022 weiterhin notwendig sein wird und ggf. noch zunimmt. Intensiv- und Beatmungsverlegungen sind mit einem hohen Risiko verbunden. Funktionierende telemedizinische Netzwerkstrukturen tragen dazu bei, dieses Risiko zu vermeiden und eine Weiterversorgung vor Ort zu ermöglichen.</p> <p>Die bisher ausgewiesenen IDV-Zentren haben so die Möglichkeit ab dem 01.01.2022 ihre Arbeit in der bisherigen Kontinuität gesichert fortzuführen. Auch wird ggf. weiteren Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, entsprechende besondere Aufgaben im Rahmen der Pandemiebekämpfung wahrzunehmen, sofern die vorausgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Mit Blick auf die weiterhin sehr angespannte Situation auf den Intensivstationen wird dies als wichtiger Schritt für das Jahr 2022 gesehen.</p>

Position A	Position B
<p>Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die 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.</p> <p>Zudem soll mit der Änderung die Neuausrichtung der finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser durch den im „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ eingeführten § 21a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) unterstützt werden. Es ist vorgesehen, dass Krankenhäuser, die Patientinnen und Patienten behandeln, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, einen befristeten Versorgungsaufschlag erhalten. Dieser zielt darauf ab, Krankenhäuser zu unterstützen, deren interne Arbeitsabläufe durch ansteigende Behandlungszahlen von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2-infizierten Patientinnen und Patienten belastet sind. Zusätzlich setzt er einen Anreiz zur Versorgung dieser Patientinnen und Patienten [4].</p> <p>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 Krankenhausplanungsbe-</p>	<p>--</p>

hörden der Bundesländer ausgewiesen wurden und sich überdies aufgrund der Pandemiesituation neue Versorgungsnetzwerke um diese Krankenhäuser gebildet haben [5].	
--	--

Position A	Position B
<p><b>2.1 Änderungen der Anlagen 5 und 7</b></p> <p>Die Wahrnehmung besonderer 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.</p>	<p><b>2.1 Änderungen im Anhang zu den Anlagen 5 und 7</b></p> <p>Die Regelungen in diesem Anhang sind bisher auf eine Aufgabenwahrnehmung im Jahr 2021 beschränkt. Angesichts der weiterhin bestehenden pandemischen Lage verlängert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabenwahrnehmung von „Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk“ (IDV-Zentren) über das Jahr 2021 hinaus bis zum 31.12.2022.</p>
<p><b>2.2 Zu § 2 Besondere Aufgaben</b></p> <p><b>Zu Nummer 1 und 2</b></p> <p>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</p>	--

<p>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 [6]. Da sich bei der Betrachtung des gesamten Jahres 2020 sowohl die Zahl aller Behandlungsfälle, als auch die der auf Intensivstationen, im Vergleich zum Zeitraum Januar bis September 2020 verdreifacht hat [2], wird die hier gewählte Zahl von 100 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]. 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].</p>	
--	--

<p><b>2.3 Quellen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>4. Deutscher Bundestag. Beschlussempfehlung des Hauptausschusses       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP – Drucksache 20/15 – Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite</li> <li>b) zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/27 – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen. 16.11.2021;BT-Drs. 20/78.</li> </ol> </li> </ol>	
---	--

<p>5. Panchyrz, 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 (Im Erscheinen).</p> <p>6. 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 Anaesthetist 2020;70(7):573-581.</p>	
---	--

### 3. Bürokratiekostenermittlung

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

### 4. Verfahrensablauf

*[wird ergänzt]*

### 5. Fazit

Position A	Position B
--	Mit der Verlängerung der bestehenden Regelung werden die Forderungen von Krankenhäusern und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) umgesetzt. Letztendlich erwies sich im Rahmen der Corona-Pandemie die Etablierung eines Zentrums in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) für viele kritisch kranke COVID-19 Patientinnen und Patienten als ein enormer Mehrwert. Durch

	<p>telemedizinische Kooperationen einer vernetzten Zusammenarbeit intensivmedizinischer Abteilungen in der Fläche mit ausgewiesenen intensivmedizinischen Expertenzentren konnten „Aufwärtsverlegungen“ vielfach vermieden und somit eine bessere Verteilung der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Daher wird diese Regelung, bei einer unverändert anhaltenden pandemischen Lage bis zum 31.12.2022 verlängert. Gleichzeitig wird der G-BA im Jahr 2022 beraten, inwieweit durch vernetzte intensivmedizinische Versorgungsnetzwerke eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht werden kann. Hierbei soll geprüft werden ob zukünftig IDV Zentren eigenständig und übergreifend die vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen der intensivmedizinischen digitalen Unterstützung in der Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten qualitätsgesichert erbringen sollen.</p>
--	--

Berlin, den XX. November 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

### 3. Darstellung des Stellungnahmeverfahrens

#### 3.1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellungnahme (Ja/Nein/Verzicht)	Datum des Eingangs	Anmerkungen
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V</b>			
Bundesärztekammer	Ja	17.01.2022	
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V</b>			
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	Verzicht	17.01.2022	
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 136c Absatz 5 SGB V</b>			
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	Ja	13.01.2022	
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)	Ja	16.01.2022	Teilnahme Anhörung
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)	Ja	17.01.2022	Teilnahme Anhörung
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) – AG Digitalisierung	Ja	17.01.2022	Teilnahme Anhörung
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn (DGHNO)	Ja	17.01.2022	Evtl. Teilnahme Anhörung
Gemeinsame Stellungnahme: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie Herz- und Kreislaufforschung (DGK), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO), Deutschen	Ja	17.01.2022	Teilnahme Anhörung



Name Fachgesellschaft	Eingang Stellungnahme (Ja/Nein/Verzicht)	Datum des Eingangs	Anmerkungen
Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)			
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)	Ja	17.01.2022	Teilnahme Anhörung

## 3.2 Eingegangene Stellungnahmen

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

Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen  
bezüglich der Erbringung telemedizinischer Leistungen



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.	
13.01.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Aus Sicht der DGAI ist es zwingend erforderlich, dass IDV Zentren bis zum Ende 2022 verlängert werden.</p> <p>Die DGAI unterstützt deshalb die Version B.2</p>	<p>Die Covid-19 Pandemie hat die besonderen Anforderungen an eine qualitätsorientierte, belastbare und ausreichende Versorgung im intensivmedizinischen Bereich eindrucksvoll belegt. Die Ergebnisse der Pandemieversorgung u.a. in der Publikation von S. Dohmen et al. (Anästh Intensivmed 2021;62:431-440) belegen deutlich den relevanten und nachweisbaren patienten- und versorgungsstrukturellen Nutzen einer vernetzten Zusammenarbeit von Intensivmedizinern in der Fläche und der zusätzlichen telemedizinischen Unterstützung aus ausgewiesenen intensivmedizinischen Expertenzentren.</p> <p>Aufgrund der positiven Vorerfahrung und getriggert durch die Corona-Pandemie haben Sie als G-BA Anfang 2021 mit den IDV-Zentren ein Novum geschaffen, das sich in seiner grundsätzlichen Konzeption stark von den übrigen G-BA-Zentren unterscheidet. Die Intensivmedizin als klassisch interdisziplinärer Bereich kombiniert mit der telemedizinischen Netzwerkstruktur, um die klassische Erkrankungs- oder Organfokussierung zu ersetzen.</p> <p>Für das Jahr 2021 hat man dabei eine eher vorsichtige Konstruktion aufgestellt, bei der sich ein IDV-Zentrum an die Erfüllung der Voraussetzungen eines Herz- oder Lungenzentrums am selben Standort orientiert. Durch vernetzte intensivmedizinische Versorgungsnetzwerke wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht werden. Deshalb ist es aus Sicht der DGAI erforderlich, dass IDV Zentren eigenständig und übergreifend agieren können, um die vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen der intensivmedizinischen digitalen Unterstützung in der Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten qualitätsgesichert gerecht werden zu können. Ein „Anhängen“ an fachspezifisch und nicht interdisziplinär ausgerichtete Expertenzentren ist in der Praxis nicht umsetzbar, da zum einen eine interdisziplinäre Ausrichtung zwingend erforderlich ist und zum anderen fast alle geeigneten Standorte bisher nicht im Krankenhausplan der jeweiligen Bundesländer ausgewiesen sind.</p> <p>Die gemeinsame intensivmedizinische stationäre Versorgung eines Patienten zwischen zwei Krankenhäusern mittels Telemedizin ist bereits an vielen Standorten umgesetzt worden, z.B. in Hamburg,</p>

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.	
13.01.2022	
	<p>Berlin, Saarland, Münster und Aachen bzw. ist an anderen Standorten in konkreter Vorbereitung.</p> <p>Aus Sicht der DGAI ist es zwingend erforderlich, dass IDV Zentren bis zum Ende 2022 verlängert werden. Die DGAI unterstützt deshalb die Version B.2</p> <p>Die Intensivmedizin ist als parameterfokussiert und daher für Telemedizin besonders geeignet. Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, reduziert unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten und ermöglicht ortsnahe Versorgung auf universitärem Niveau. Gerade dieser Aspekt der Skalierung von Spitzenmedizin in der Breite ist zukunftsweisend auch in pandemieunabhängigen Zeiten in der regionalen Krankenversorgungsstruktur auch für andere Fachbereiche. Deswegen fordert die DGAI, dass mittels intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerke (IDV Zentren) Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend telemedizinisch dauerhaft angeboten wird.</p> <p>Der GBA Zentrenbeschluss stellt neben erforderlichen bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen auf besondere Aufgabe nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V aus einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung aufgrund außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ab und ist somit hervorragend geeignet, die aus unserer Sicht erforderliche Struktur im Rahmen der GKV Regelversorgung rechtssicher und dauerhaft abzubilden.</p> <p>Die DGAI bittet Sie eindringlich und nachdrücklich, sich für eine Aufnahme der Intensivmedizin in den GBA Zentrenkatalog einzusetzen.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 21.01.2022 statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

### 3.2.2 Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)

Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen  
bezüglich der Erbringung telemedizinischer Leistungen



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.	
16.01.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Siehe Anschreiben anbei

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 21.01.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil Prof. Dr. Gernot Marx Uniklinik RWTH Aachen gmarx@ukaachen.de



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

An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
z.H. Herrn Prof. Josef Hecken  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

16.01.2022

### Stellungnahme Verlängerung der IDV-Zentrumsregelung

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,

den vorliegenden Entwurf zur Verlängerung der IDV-Zentrumsregelung begrüßen wir uneingeschränkt.

Wir freuen uns, dass die bisherigen Erfahrungen eindrucksvoll bestätigen, dass die Covid-19 Pandemie die besonderen Anforderungen an eine qualitätsorientierte, belastbare und ausreichende Versorgung im intensivmedizinischen Bereich hat. Die Ergebnisse der Pandemieversorgung (siehe auch: Anästh Intensivmed 2021;62:431-440) haben den relevanten und patienten- und versorgungsstrukturellen Nutzen einer vernetzten Zusammenarbeit von Intensivmedizinern in der Fläche und der zusätzlichen telemedizinischen Unterstützung aus ausgewiesenen intensivmedizinischen Expertenzentren mit interdisziplinärer Behandlungskompetenz bei einem regionalen Patientengut überwiegend eines Bundeslandes beschrieben.

Als Aufgabe für das Jahr 2022 haben Sie die Verstärkung der Zentrumregelung und eine mögliche Erweiterung auf non-COVID-Aspekte genannt. Aufgrund des Zeitdrucks bei der Bewältigung der COVID-Pandemie war es bei der Kürze der Zeit bislang nicht möglich erforderliche Neubeschlüsse zu Zentrumsanforderungen für Intensivmedizin zu realisieren. Änderungsbedarf sehen wir in Bezug auf eine Zuordnung zu Herz- oder Lungenzentren am selben Standort. Dabei ist zu bedenken, dass die intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit schwersten und lebensbedrohenden Krankheitsbildern, z. B. bei akutem Lungenversagen, Kreislaufschock aus unterschiedlichen Gründen oder Sepsis, häufig ein spezialisiertes interdisziplinäres Behandlungsszenario voraussetzt.

#### Präsident

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

#### Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. U. Janssens

Prof. Dr. med. F. Walcher

#### Generalsekretär

PD Dr. med. F. Hoffmann

#### Schatzmeister

Prof. Dr. med. B. Böttiger

#### Schriftführer

Prof. Dr. med. C. Waydhas

#### Vertreterin der außerordentlichen Mitglieder

Dr. med. M. Deininger

#### Vertreter der Gesundheitsfachberufe

Frau Dr. Teresa Deffner

#### Besitzer

Prof. Dr. Sebastian Brenner

Prof. Dr. med. S. Kluge

Prof. Dr. med. S. Schwab

Prof. Dr. med. A. Unterberg

#### Geschäftsstelle der DIVI

med. Geschäftsführer

Prof. Dr. med. A. Markewitz

Geschäftsführer

Volker Parvu, Dipl. Inf.

Schumann Str. 2

10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607

Fax +49 30 4000 5637

#### Eingetragen im Vereinsregister

Düsseldorf VR5548

St.Nr. 27640/59133

#### Bankverbindung

Deutsche Bank Köln

IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00

BIC DEUTDE33XXX




Es ist daher zu begrüßen, dass es der GBA in Erwägung zieht zu beraten, „inwieweit durch vernetzte intensiv-medizinische Versorgungsnetzwerke eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht werden, kann“.

Durch IDV-Zentren wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht. Deshalb ist es aus Sicht der DIVI naheliegend und wünschenswert, dass der GBA den Ansatz weiterverfolgen will, „zukünftig IDV Zentren eigenständig und übergreifend“ auszuweisen. Damit könnten die versorgungsverbessernden Potentiale bei der intensivmedizinischen Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten gehoben werden.

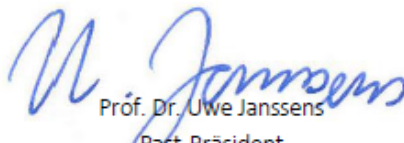
Die Intensivmedizin ist parameterfokussiert und daher für telemedizinische Verfahren besonders geeignet. Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, kann unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten reduzieren und ermöglicht eine ortsnahe Versorgung auf höchstem Niveau. Deswegen hält es die DIVI für geboten, dass mittels intensivmedizinischer digital-gestützter Versorgungsnetzwerke (IDV Zentren) Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend dauerhaft angeboten werden kann.

Das Präsidium der DIVI bittet Sie zusammenfassend mit Nachdruck darum, die dauerhafte Aufnahme eigenständiger und übergreifender IDV-Zentren z.B. in den Anhang 10 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) zu prüfen.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. Gernot Marx  
Präsident

  
Prof. Dr. Felix Walcher  
Präsident elect

  
Prof. Dr. Uwe Janssens  
Past-Präsident

  
PD Dr. Florian Hoffmann  
Generalsekretär



Bei der Anhörung am 21.01.2021 nehmen wir gerne Teil.  
Die DIVI wird vertreten durch Ihren Präsidenten  
**Herrn Prof. Dr. Gernot Marx**  
Uniklinik RWTH Aachen  
Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care  
Pauwelsstr. 30  
52074 Aachen  
gmarx@ukaachen.de



### 3.2.3 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie [DGTHG]

Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen  
bezüglich der Erbringung telemedizinischer Leistungen



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie [DGTHG]	
17. Januar 2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 3 Grundsätze der besonderen Aufgaben</p> <p>(9) Sofern die Leistungen einer besonderen Aufgabe, welche direkt an der Patientin oder dem Patienten erfolgen, telemedizinisch erbracht werden, müssen folgende Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Ausstattung erfüllt sein:</p> <p>1. Eine Fachärztin oder ein Facharzt der erforderlichen Fachrichtung mit entsprechendem Qualifikationsnachweis der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer ist innerhalb von 30 Minuten nach Anfrage für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.</p>	<p>Der Änderungsvorschlag wird insgesamt durch die DGTHG begrüßt. Eine zeitnahe Beantwortung einer Anfrage für eine telemedizinische Visite im Bereich der Intensivmedizin ist eine wichtige Komponente für eine erfolgreiche Beratung.</p> <p>Die Frist von 30 Minuten müsste allerdings präziser definiert werden. Eine einfache, eindeutige und unbürokratische Überprüfung dieser 30 Minuten – Frist müsste gewährleistet sein, was im klinischen Alltag nicht so einfach ist.</p> <p>Und 30 Minuten ab Eingang der Anforderung wird im klinischen Alltag nicht immer möglich sein.</p> <p>Als pragmatischen Ausweg schlägt die DGTHG daher die folgende Definition vor:</p> <p>Ab Eingang der Anforderung (im System dokumentiert) dürfen maximal 60 Minuten verstreichen, bis der zuständige Mitarbeiter der Telekonsil-Klinik die anfordernde Klinik kontaktiert hat.</p>
<p>Anlage 5 – Anforderungen an Herzzentren</p> <p>§ 2 Besondere Aufgaben</p> <p>7. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer</p>	<p>Gerade in den Herzzentren werden hauptsächlich COVID – Patienten mit einer ECMO betreut. Die Behandlungsdauer ist im Vergleich zu reinen Beatmungsfällen deutlich länger, 40 Tage und mehr sind keine Seltenheit. Daher hält die DGTHG die Fallzahl von 100 vollstationären Fällen für zu hoch.</p>

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie [DGTHG]	
17. Januar 2022	
Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2, wenn diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind. Die Übernahme dieser besonderen Aufgabe setzt voraus, dass das Zentrum im Jahr 2020 mehr als 100 vollstationäre Fälle mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) intensivmedizinisch behandelt hat.	Wir schlagen daher vor, die Fallzahl auf 50 vollstationäre Fälle zu reduzieren und - falls für erforderlich gehalten - die Behandlungstage auf der Intensivstation mit hinzuzunehmen.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie [DGTHG]		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 21.01.2022 statt		
1. Teilnahmeoptionen	2. Einladung	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
3. Wir nehmen teil.	4. Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil</b>
5. Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	6. Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Prof. Dr. J. Gummert</b>
7. Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	8. Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	<b>Pastpräsident DGTHG</b> <b>pastpraesident@dgthg.de</b>

### 3.2.4 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) – AG Digitalisierung

Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen  
bezüglich der Erbringung telemedizinischer Leistungen



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) – AG Digitalisierung	
Samstag, 8. Januar 2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Die genannten Änderungen erscheinen sinnvoll und angemessen.  Aus Sicht der DGOU ist es relevant, die Rahmenbedingungen und deren Limitierungen klar zu definieren.	Zunehmend werden digitale Dienstleistungen von Drittanbietern in die Hand genommen und dann auch in Rechnung gestellt. Hierbei gilt es zu fokussieren, dass der entscheidende und damit einzig liquidationsberechtigte Part der Arzt ist und bleibt. Software- oder Hardwareanbieter bleiben Dienstleister und somit nur Leistungserbringer ohne eigenen Handlungs- oder Entscheidungsspielraum. Die Liquidation telemedizinischer Leistungen liegt ebenso wie die medizinischer Leistungen einzig und allein beim Arzt.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) – AG Digitalisierung		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 21.01.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Sofern die Anhörung online als Webmeeting stattfindet!
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

### 3.2.5 Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK)



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und  
veranlasste Leistungen  
Herrn Dirk Hollstein  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

Berlin, 17.01.2022

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
Qualitätsmanagement,  
Qualitätssicherung und  
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.10

—  
**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der  
Zentrums-Regelungen: Erbringung telemedizinischer Leistungen**  
*Ihr Schreiben vom 20.12.2021*

Sehr geehrter Herr Hollstein,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

gez.  
Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH  
Leiter Dezernat 3

Anlage



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Beschlussentwurf  
des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Erbringung telemedizinischer Leistungen

Berlin, 17.01.2022

Korrespondenzadresse:  
Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Erbringung telemedizinischer Leistungen

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20.12.2021 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zur Änderung der Zentrums-Regelungen bezüglich der Erbringung telemedizinischer Leistungen aufgefordert.

### Hintergrund

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

Der G-BA hatte am 05.12.2019 die Erstfassung der Zentrums-Regelung beschlossen. Neben den allgemeinen Regelungsvorgaben wurden in Anlagen für ausgewählte Zentrumstypen (u. a. für Zentren für seltene Erkrankungen, onkologische Zentren, Traumazentren, Herzzentren, Lungenzentren) Qualitätskriterien und besondere Aufgaben definiert.

Am 18.02.2021 hat der G-BA eine befristete Regelung über „Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk“ (IDV-Zentren) für das Budgetjahr 2021 beschlossen. In IDV-Zentren können telemedizinische Leistungen erbracht werden, die vormals als Konsiliarleistungen nicht abrechnungsfähig waren, mit dem Ziel, das erforderliche und nicht überall verfügbare Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger, mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierter Patientinnen und Patienten über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnahe verfügbar zu machen.

Gemäß den aktuellen Zentrums-Regelungen muss ein IDV-Zentrum u. a. die Anforderungen für Herzzentren oder für Lungenzentren gemäß den entsprechenden Anlagen der Regelungen erfüllen, eine Ausweisung und Festlegung als Herz- oder Lungenzentrum im Rahmen der Krankenhausplanung wird derzeit jedoch nicht vorausgesetzt.

Angesichts des Andauerns der pandemischen Lage hat der G-BA am 16.12.2021 die Geltungsdauer der Regelungen für IDV-Zentren über den 31.12.2021 hinaus bis zum 31.03.2022 beschlossen. Die Bundesärztekammer hat sich bereits in ihrer Stellungnahme vom 15.12.2021 für eine Verlängerung der Geltungsdauer bis zum 31.12.2022 ausgesprochen.

Vor dem Hintergrund der anhaltenden COVID-19-Pandemie und einer weiterhin notwendigen telemedizinischen Vernetzung von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen zur Versorgung intensivpflichtiger COVID-19-Patientinnen und -Patienten werden im aktuellen Beschlussentwurf zwei unterschiedliche Positionen dargestellt.

Ein als Position A gekennzeichnete Beschlussentwurf sieht vor, die zur Erbringung telemedizinischer Leistungen notwendigen besonderen Qualifikationen des Personals und die besondere Ausstattung eines Krankenhauses in den generischen Teil der Regelung aufzunehmen (§ 3 Absatz 9 neu). Zudem sollen nur noch als Herz- oder Lungenzentrum gemäß den entsprechenden Anlagen der Regelungen ausgewiesene Kliniken die „Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2“ übernehmen können.

Der als Position B gekennzeichnete Beschlussentwurf sieht vor, die bestehenden Regelungen für IDV-Zentren bis zum 31.12.2022 zu verlängern. Ausweislich der tragenden Gründe soll dabei das laufende Jahr genutzt werden, um zu prüfen, ob zukünftig IDV-Zentren eigenständig und übergreifend die vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen der intensivmedizinischen digitalen Unterstützung in der Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten qualitätsgesichert erbringen sollen.



Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Erbringung telemedizinischer Leistungen

---

### Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung

Die Bundesärztekammer befürwortet eine Verlängerung der bestehenden Regelungen bis zum 31.12.2022 und unterstützt daher den als Position B gekennzeichneten Beschlussentwurf.

Auf Grundlage der bestehenden Regelungen haben sich zur Versorgung intensivpflichtiger, mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierter Patientinnen und Patienten in einigen Regionen IDV-Zentren gebildet, die sich in der Versorgung bereits etabliert haben. Verdeutlicht wird dies u. a. durch den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 22.12.2021, in welchem der G-BA um eine Verlängerung der bestehenden Regelungen zur Ausweisung von IDV-Zentren über den 31.03.2022 hinaus für das gesamte Budgetjahr 2022 gebeten wird (<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?uid=257&jahr=2021>).

Durch eine Verlängerung der bestehenden Regelungen hätten diese Zentren eine bessere Planungssicherheit und könnten ihre Arbeit in der bisherigen Kontinuität fortführen. Eine Übertragung der durch die IDV-Zentren übernommenen besonderen Aufgaben auf die teilweise noch nicht ausgewiesenen bzw. im Aufbau befindlichen Herz- und Lungenzentren während der aktuell sehr fordernden Pandemiephase könnte zu einer Schwächung dieses Unterstützungsangebotes für die COVID-19-Patientinnen und -Patienten versorgenden Krankenhäuser führen.

Eine Reduzierung der o. g. Leistungserbringung ausschließlich auf ausgewiesene Herz- und Lungenzentren (Position A) lehnt die Bundesärztekammer ab. Zum einen wird die Erkrankungs- oder Organfokussierung dieser Zentren nicht den hohen interdisziplinären Anforderungen bei der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten gerecht. Darüber hinaus haben sich in den letzten beiden Jahren in den Regionen unterschiedliche Strukturen und fachliche Zuordnungen bei der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten entwickelt und eine solche Zuschreibung würde auch nicht der Versorgungsrealität entsprechen.

Ohne genauer auf den als Position A gekennzeichneten Beschlussentwurf einzugehen, erscheint grundsätzlich fraglich, ob die ständige Verfügbarkeit einer telemedizinischen Visite durch eine Fachärztin oder einen Facharzt innerhalb von 30 Minuten nach Anfrage (wie im Beschlussentwurf von Position A ausgeführt) für alle Zentren gleichermaßen – z. B. für Traumazentren ebenso wie für Zentren für seltene Erkrankungen – notwendig und sachgerecht ist.

Vor dem Hintergrund der weiterhin andauernden COVID-19-Pandemie und der daraus resultierenden angespannten Lage in den Krankenhäusern, bittet die Bundesärztekammer den G-BA, die Aufrechterhaltung bereits etablierter Konzepte sicherzustellen und die Regelungen für IDV-Zentren zunächst bis zum 31.12.2022 zu verlängern.

### 3.2.6 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn

Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen  
bezüglich der Erbringung telemedizinischer Leistungen



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn	
4.1.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
1. Eine Fachärztin oder ein Facharzt der erforderlichen Fachrichtung mit entsprechendem Qualifikationsnachweis der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer ist innerhalb von 30 Minuten nach Anfrage für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.	Für stark beschäftigte Zentren kann die Frist von 30 Minuten und dann mit obligater Facharztqualifikation für eine Antwort kritisch werden. Typischerweise sind Fachärzte verantwortlich tätig und es könnten durch eine solche formal fixierte Anforderung triage-ähnliche Kollisionen entstehen. Eine Aufstockung eines Stellenplanes wäre dann eine Alternative.
1. Eine hochauflösende bidirektionale Audio- und Videoübertragung in Echtzeit muss jederzeit unmittelbar durchführbar sein. Diese muss eine direkte Patientenuntersuchung durch den	Eine Patientenuntersuchung im strikten Sinne ist telemedizinisch nicht durchführbar. Eine Video- und Audioverbindung ermöglicht keine Patientenuntersuchung wie in einem Verfahren persönlichen Kontaktes. Hier sollte eine andere Begrifflichkeit benutzt werden, evtl: Patienteninspektion unter Audiokontakt. Was ist mit dem Adjektiv „direkte“ gemeint?  Zu einer Patientenuntersuchung gehören alle Sinne, Geruchssinn, Tastsinn etc. . Für eine HNO-

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn	
4.1.2022	
Telemediziner in hoher Qualität ermöglichen.	Patientenuntersuchung z.B. auch die Otoskopie, Rhinoskopie und Racheninspektion, die nur mit Hilfsmitteln erfolgen können.

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 21.01.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen evtl. teil
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

**3.2.7 Gemeinsame Stellungnahme:**

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK)

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)

Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)

Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen  
bezüglich der Erbringung telemedizinischer Leistungen



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK) Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)	
17. Januar 2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	
Grundsätzlich begrüßen die o.g. Fachgesellschaften die Stärkung der Telemedizin als eine wegweisende Versorgungsform für die Zukunft der medizinischen Versorgung. In der speziellen Frage der IDV Zentren befürworten die o.g. Fachgesellschaften zur Bewältigung der SARS-CoV-2 Pandemie eine Fortführung bis Dezember 2022.	
Eine darüberhinausgehende Fortführung oder Fortschreibung der Zentren für Telemedizin (IDV-Zentren) halten die oben genannten Fachgesellschaften für <u>nicht</u> zielführend.	
<b>Tragende Gründe:</b>	
<p>1. Telemedizin stellt einen wichtigen technischen Weg dar, Spezialwissen der Zentren, die nach den Zentrums-Regelungen definiert wurden, weiterzugeben. Für alle Zentren dieser Regelung ist unter §2 „Besondere Aufgaben“ Absatz 3 die Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch die Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in der Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen genannt. Aus Sicht der o.g. Fachgesellschaften ist diese Leistung weitestgehend telemedizinisch zu erbringen. Darüberhinaus wird gewährleistet, dass die Beratung krankheitsbezogen durch Fachexperten in den jeweiligen Organzentren vorhanden ist. Schon jetzt wird in den Strukturvorgaben die telemedizinische Leistung bei den Zentren explizit gefordert (z.B. Anlage 1 Seltene Erkrankungen). Daher ist die Notwendigkeit einer Etablierung von telemedizinischen Zentren ohne Bezug zu einer konkreten und spezialisierten Fachrichtung (z.B. Kardiologie, Neurologie, Unfallchirurgie etc.) unabhängig von der SARS-CoV-2 Pandemie nicht gegeben und kann aus diesem Grund nicht unterstützt werden.</p> <p>Einer telemedizinischen Zentrumsbildung bedarf es somit über Dezember 2022 hinaus <u>nicht</u>.</p>	
<p>2. Die Bereiche der Medizin, die einen hohen Stellenwert haben und in denen die Zentrumsdefinition aktuell unberücksichtigt geblieben sind, sind insbesondere die Intensiv- und Notfallmedizin. Die o.g. Fachgesellschaften möchten den G-BA hiermit ermutigen, eine Zentrumsdefinition für Intensiv- und Notfallmedizin zu erarbeiten und noch 2022 in die Zentrumsregelungen aufzunehmen. Dabei müssen die einzelnen Fachexpertisen Berücksichtigung finden. Intensivmedizin ist ein Querschnittsfach und eine zentrumsgebundene</p>	

Beratungsfunktion kann nur geleistet werden, wenn die entsprechenden organbezogenen Expertisen eingebunden sind. Der Nachweis der speziellen intensivmedizinischen Weiterbildung ist nicht ausreichend, um bei komplexen medizinischen Fragestellungen (und nur solche werden von den angeschlossenen Kliniken gestellt) eine qualitative Bewertung vorzunehmen. Die telemedizinische Leistung kann dann hier, wie unter §2 „Besondere Aufgaben“ definiert, von den qualifizierten Zentren erbracht werden.

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK) Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 21.01.2022 statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.

### 3.2.8 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Stellungnahme zur Änderung der Zentrums-Regelungen  
bezüglich der Erbringung telemedizinischer Leistungen



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.	
12.01.2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
keine	Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie hat entsprechend der vorliegenden Anfrage keine Änderungsvorschläge.

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung**

<b>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.</b>		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich am 21.01.2022 statt</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

### 3.2.9 Verzicht auf Stellungnahme der VRA

**Von:** Geriatrie-Minden <Geriatrie-Minden@muehlenkreiskliniken.de>

**Gesendet:** Mittwoch, 5. Januar 2022 10:11

**An:** Müller, Dominik <Dominik.Mueller@g-ba.de>

**Cc:** j.strunk@khporz.de; joachim.abrolat@klinik-weissenburg.de

**Betreff:** AW: VRA | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Zentrums-Regelungen | Erbringung telemedizinischer Leistungen

---

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

Sehr geehrter Herr Müller,

als Geschäftsführer des VRA wünsche ich Ihnen ein erst einmal ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2022.

Nach interner Prüfung teile ich Ihnen mit, dass der VRA zur Erbringung telemedizinischer Leistungen keine Stellungnahme abgeben wird. Für zukünftige Anfragen stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

---

Herzliche Grüße

Jürgen Lakomek

VRA- Geschäftsführer





### 3.2.10 Verzicht auf Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)

Von: [Anke.Virks@bfdi.bund.de](mailto:Anke.Virks@bfdi.bund.de) im Auftrag von [REFERAT13@bfdi.bund.de](mailto:REFERAT13@bfdi.bund.de)  
An: [AufgabenZS@g-ba.de](mailto:AufgabenZS@g-ba.de)  
Betreff: Änderung der Zentrums-Regelungen: Erbringung telemedizinischer Leistungen  
Datum: Montag, 17. Januar 2022 11:05:56  
Anlagen: [signature.asc](#)

---

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
13-315/072#1242

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Da hinsichtlich der Änderungen kein datenschutzrechtlicher Bezug erkennbar ist, gebe ich zur Änderung der Zentrums-Regelungen: Erbringung telemedizinischer Leistungen keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Anke Virks

-----  
Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Referat 13 - Sozial- und Gesundheitswesen  
Friedrichstraße 50  
10117 Berlin

E-Mail Referat: [Referat13@bfdi.bund.de](mailto:Referat13@bfdi.bund.de)  
Telefon: +49 (0)30 18 7799-1308  
Internetadresse: [www.bfdi.de](http://www.bfdi.de)

\*\*\*\*\*  
Datenschutzrechtliche Erklärung des BfDI für den E-Mail-Verkehr und die Erfüllung seiner öffentlichen Aufgaben insgesamt: (nachstehender Link führt auf den Internetauftritt des BfDI unter [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de))

<https://www.bfdi.bund.de/datenschutz>

### 3.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

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

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
BÄK	1.	<p>Die Bundesärztekammer befürwortet eine Verlängerung der bestehenden Regelungen bis zum 31.12.2022 und unterstützt daher den als Position B gekennzeichneten Beschlussentwurf.</p> <p>Auf Grundlage der bestehenden Regelungen haben sich zur Versorgung intensivpflichtiger, mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierter Patientinnen und Patienten in einigen Regionen IDV-Zentren gebildet, die sich in der Versorgung bereits etabliert haben. Verdeutlicht wird dies u. a. durch den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 22.12.2021, in welchem der G-BA um eine Verlängerung der bestehenden Regelungen zur Ausweisung von IDV-Zentren über den 31.03.2022 hinaus für das gesamte Budgetjahr 2022 gebeten wird (<a href="https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?uid=257&amp;jahr=2021">https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?uid=257&amp;jahr=2021</a>).</p> <p>Durch eine Verlängerung der bestehenden Regelungen hätten diese Zentren eine bessere Planungssicherheit und könnten ihre Arbeit in der bisherigen Kontinuität fortführen. Eine Übertragung der durch die IDV-Zentren übernommenen besonderen Aufgaben auf die teil-weise noch nicht ausgewiesenen bzw. im Aufbau befindlichen Herz- und Lungenzentren während der aktuell sehr fordernden Pandemiephase könnte zu</p>		<p><b>DKG:</b></p> <p>Zustimmung. Die DKG unterstützt die vorgebrachten Argumente der BÄK, dass sich bereits IDV-Zentren etabliert haben, weshalb die IDV-Zentren in ihrer jetzigen Form bis Ende des Jahres 2022 unbürokratisch verlängert werden sollten. Die besonderen Aufgaben mitten in der Corona-Pandemie den IDV-Zentren zu entziehen und anderen Zentren zu übertragen, welche im Krankenhausplan ausgewiesen sein müssen, ist weder sachgerecht noch zielführend</p>	<p><b>DKG:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p>Ergänzung Tragende Gründe:</p> <p>„Dies gerade auch vor dem Hintergrund, dass es sich bei Anfragen an Zentren stets um dringliche medizinische</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>einer Schwächung dieses Unterstützungsangebotes für die COVID-19-Patientinnen und -Patienten versorgenden Krankenhäuser führen.</p> <p>Eine Reduzierung der o. g. Leistungserbringung ausschließlich auf ausgewiesene Herz- und Lungenzentren (Position A) lehnt die Bundesärztekammer ab. Zum einen wird die Erkrankungs- oder Organfokussierung dieser Zentren nicht den hohen interdisziplinären Anforderungen bei der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten gerecht. Darüber hinaus haben sich in den letzten beiden Jahren in den Regionen unterschiedliche Strukturen und fachliche Zuordnungen bei der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten entwickelt und eine solche Zuschreibung würde auch nicht der Versorgungsrealität entsprechen.</p> <p>Ohne genauer auf den als Position A gekennzeichneten Beschlussentwurf einzugehen, erscheint grundsätzlich fraglich, ob die ständige Verfügbarkeit einer telemedizinischen Visite durch eine Fachärztin oder einen Facharzt innerhalb von 30 Minuten nach Anfrage (wie im Beschlussentwurf von Position A ausgeführt) für alle Zentren gleichermaßen – z. B. für Traumazentren ebenso wie für Zentren für seltene Erkrankungen – notwendig und sachgerecht ist.</p> <p>Vor dem Hintergrund der weiterhin andauernden COVID-19-Pandemie und der daraus resultierenden angespannten Lage in den Krankenhäusern, bittet die Bundesärztekammer den G-BA, die Aufrechterhaltung bereits etablierter Konzepte sicherzustellen und die Regelungen für IDV-Zentren zunächst bis zum 31.12.2022 zu verlängern.</p>		<p>und verursacht zusätzlichen Aufwand.</p> <p>Die DKG lehnt die generelle Anforderung zur Durchführung einer telemedizinischen Visite durch eine Fachärztin oder einen Facharzt innerhalb von 30 Minuten ab. Diese Voraussetzung ist für telemedizinische Leistungen grundsätzlich in Frage zu stellen. Zumindest erscheint diese für alle in den Zentrums-Regelungen festgeschriebenen Zentrumsleistungen vorzusetzen, aus Sicht der DKG als nicht sachgerecht. Die Qualitätsvoraussetzung ist außerdem bereits in den Anforderungen des IDV-Zentrums verortet.</p> <p><b>GKV-SV:</b></p> <p>Es werden keine neuen wissenschaftlichen</p>	<p>Sachverhalte handelt.“</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				<p>Erkenntnisse eingebracht, die eine Outcome-Verbesserung durch IDV-Zentren belegen.</p> <p>Die Anforderungen der Herz- oder Lungenzentren müssen bereits heute durch IDV-Zentren erfüllt werden. Daher sollte auch eine entsprechende Ausweisung möglich sein.</p> <p>Zudem sind Lungen- und Herzzentren ebenfalls interdisziplinär zu besetzen.</p> <p>Die telemedizinische Erbringung von Leistungen direkt an der Patientin bzw. an dem Patienten ist keine verpflichtende Leistung für Zentren. Falls sie jedoch angeboten wird, ist eine schnelle Rückmeldung durch das Zentrum für kritisch erkrankte Patientinnen und Patienten unabdingbar. Es handelt sich bei Anfragen an ein Zentrum stets um dringliche</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				<p>medizinische Sachverhalte. Im Übrigen wird die 30-Minuten Verfügbarkeit eines entsprechend qualifizierten Facharztes für telemedizinische Visiten am Patienten auch in der S-1 Leitlinie der DGAI (001-034) „Telemedizin in der Intensivmedizin“ gefordert.</p> <p>Die Vorgabe zur 30-Minuten Verfügbarkeit findet sich ebenso in den Grundsätzen der Qualitätsanforderungen der Zentrums-Regelungen.</p>	
<b>DIVI</b>	2.	<p>Den vorliegenden Entwurf zur Verlängerung der IDV-Zentrumsregelung begrüßen wir uneingeschränkt.</p> <p>Wir freuen uns, dass die bisherigen Erfahrungen eindrucksvoll bestätigen, dass die Covid-19 Pandemie die besonderen Anforderungen an eine qualitätsorientierte, belastbare und ausreichende Versorgung im intensivmedizinischen Bereich hat. Die Ergebnisse der Pandemieversorgung (siehe auch: Anästh Intensivmed 2021;62:431–440) haben den relevanten und patienten- und versorgungsstrukturellen Nutzen einer vernetzten Zusammenarbeit von Intensivmedizinern in der Fläche und der zusätzlichen telemedizinischen Unterstützung aus ausgewiesenen intensivmedizinischen Expertenzentren mit interdisziplinärer Behandlungskompetenz bei einem regionalen Patientengut überwiegend eines Bundeslandes beschrieben.</p>		<p><b>DKG:</b></p> <p>Zustimmung zum Aspekt der Verlängerung der IDV-Zentren. Siehe ebenfalls Ausführungen zu Lfd. Nr. 1. Darüber hinaus bedankt sich die DKG für die weiteren Hinweise zur Etablierung von intensivmedizinischen Zentren. Die Beratung zu weiteren Zentren und somit auch zu</p>	<p><b>DKG/GKV-SV:</b></p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>Als Aufgabe für das Jahr 2022 haben Sie die Verstetigung der Zentrumregelung und eine mögliche Erweiterung auf non-COVID-Aspekte genannt. Aufgrund des Zeitdrucks bei der Bewältigung der COVID-Pandemie war es bei der Kürze der Zeit bislang nicht möglich erforderliche Neubeschlüsse zu Zentrumsanforderungen für Intensivmedizin zu realisieren. Änderungsbedarf sehen wir in Bezug auf eine Zuordnung zu Herz- oder Lungenzentren am selben Standort. Dabei ist zu bedenken, dass die intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit schwersten und lebensbedrohenden Krankheitsbildern, z. B. bei akutem Lungenversagen, Kreislaufschock aus unterschiedlichen Gründen oder Sepsis, häufig ein spezialisiertes interdisziplinäres Behandlungsszenario voraussetzt.</p> <p>Es ist daher zu begrüßen, dass es der GBA in Erwägung zieht zu beraten, „inwieweit durch vernetzte intensiv-medizinische Versorgungsnetzwerke eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht werden, kann“.</p> <p>Durch IDV-Zentren wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht. Deshalb ist es aus Sicht der DIVI naheliegend und wünschenswert, dass der GBA den Ansatz weiterverfolgen will, „zukünftig IDV Zentren eigenständig und übergreifend“ auszuweisen. Damit könnten die versorgungsverbessernden Potentiale bei der intensivmedizinischen Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten gehoben werden.</p> <p>Die Intensivmedizin ist parameterfokussiert und daher für telemedizinische Verfahren besonders geeignet. Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, kann unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten reduzieren und ermöglicht eine ortsnahe Versorgung auf höchstem Niveau. Deswegen hält es die DIVI für geboten, dass mittels intensivmedizinischer digital-gestützter Versorgungsnetzwerke (IDV Zentren)</p>		<p>Intensivmedizinischen Zentren, wie vorgeschlagen, ist im Jahr 2022 vorgesehen. Die vorgetragenen Argumente werden seitens der DKG bei der Auswahlentscheidung einbezogen.</p> <p><b>GKV-SV:</b></p> <p>Die erwähnte Studie hat erhebliche Limitationen:</p> <p>Weder von der Zahl der Zentrumsverlegungen noch von der Letalitätsrate kann in dieser Beobachtungsstudie mit geringen Fallzahlen und ohne Kontrollen auf einen patienten- und versorgungsstrukturellen Nutzen geschlossen werden.</p> <p>Ebenso lässt sich die Behauptung, insbesondere würden beatmete Patientinnen und Patienten, jene mit akutem</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend dauerhaft angeboten werden kann.</p> <p><b>Das Präsidium der DIVI bittet Sie zusammenfassend mit Nachdruck darum, die dauerhafte Aufnahme eigenständiger und übergreifender IDV-Zentren z.B. in den Anhang 10 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) zu prüfen.</b></p>		<p>Lungenversagen sowie Sepsis profitieren, nicht nachvollziehen. Hierzu gibt es in der Publikation keinerlei Daten.</p> <p>Daher gibt es keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die eine Outcome-Verbesserung durch IDV-Zentren belegen.</p>	
<b>DGOU</b>	3.	<p>Die genannten Änderungen erscheinen sinnvoll und angemessen.</p> <p>Aus Sicht der DGOU ist es relevant, die Rahmenbedingungen und deren Limitierungen klar zu definieren.</p>	<p>Zunehmend werden digitale Dienstleistungen von Drittanbietern in die Hand genommen und dann auch in Rechnung gestellt. Hierbei gilt es zu fokussieren, dass der entscheidende und damit einzig liquidationsberechtigte Part der Arzt ist und bleibt. Software- oder Hardwareanbieter bleiben Dienstleister und somit nur Leistungserbringer ohne eigenen Handlungs- oder Entscheidungsspielraum. Die Liquidation telemedizinischer Leistungen liegt ebenso wie die medizinischer Leistungen einzig und allein beim Arzt.</p>	<p><b>DKG:</b></p> <p>Aus Sicht der DKG erschließt es sich nicht, welche Änderungen (Position A oder B) für den Stellungnehmer sinnvoll erscheinen. Daher nimmt die DKG die Stellungnahme zur Kenntnis.</p> <p><b>GKV-SV:</b></p> <p>Kenntnisnahme und Zustimmung.</p>	<b>DKG/GKV-SV:</b> Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
DGP et al.	4.	<p>Grundsätzlich begrüßen die o.g. Fachgesellschaften die Stärkung der Telemedizin als eine wegweisende Versorgungsform für die Zukunft der medizinischen Versorgung. In der speziellen Frage der IDV Zentren befürworten die o.g. Fachgesellschaften zur Bewältigung der SARS-CoV-2 Pandemie eine Fortführung bis Dezember 2022.</p> <p>Eine darüberhinausgehende Fortführung oder Fortschreibung der Zentren für Telemedizin (IDV-Zentren) halten die oben genannten Fachgesellschaften für nicht zielführend.</p>		<p><b>DKG:</b></p> <p>Die DKG unterstützt die Argumentation der DGP et al., dass die IDV-Zentren bis Ende des Jahres 2022 verlängert werden sollten. Der Aspekt der Telemedizin ist generell wichtig und ist deshalb in den besonderen Aufgaben der Zentrums-Regelungen benannt. Wie sich die Pandemie entwickelt, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar. Aus diesem Grund scheint der kategorische Ausschluss einer weiteren pandemiebedingten Verlängerung nicht angemessen. Die Beratung zu weiteren Zentren ist im Jahr 2022 vorgesehen.</p> <p>Die DKG hat bereits in den Tragenden Gründen ausgeführt, dass der G-BA im Jahr 2022 beraten soll,</p>	<p><b>DKG/GKV-SV:</b> Nein</p>



Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				<p>inwieweit durch vernetzte intensiv-medizinische Versorgungsnetzwerke eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht werden kann.</p> <p><b>GKV-SV:</b></p> <p>Kenntnisnahme und Zustimmung bzgl. der Ablehnung einer längerfristigen Fortführung.</p> <p>Wissenschaftliche Belege für eine Outcome-Verbesserung durch IDV-Zentren stehen weiterhin aus (<i>siehe auch Argumentation unter Nr. 2</i>).</p>	

**Änderungsvorschläge zu § 3**

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
<p><b>DGAI</b></p>	<p>5.</p>	<p>Aus Sicht der DGAI ist es zwingend erforderlich, dass IDV Zentren bis zum Ende 2022 verlängert werden.</p> <p>Die DGAI unterstützt deshalb die Version B.2</p>	<p>Die Covid-19 Pandemie hat die besonderen Anforderungen an eine qualitätsorientierte, belastbare und ausreichende Versorgung im intensivmedizinischen Bereich eindrucksvoll belegt. Die Ergebnisse der Pandemieversorgung u.a. in der Publikation von S. Dohmen et al. (Anästh Intensivmed 2021;62:431–440) belegen deutlich den relevanten und nachweisbaren patienten- und versorgungsstrukturellen Nutzen einer vernetzten Zusammenarbeit von Intensivmedizinern in der Fläche und der zusätzlichen telemedizinischen Unterstützung aus ausgewiesenen intensivmedizinischen Expertenzentren.</p> <p>Aufgrund der positiven Vorerfahrung und getriggert durch die Corona-Pandemie haben Sie als G-BA Anfang 2021 mit den IDV-Zentren ein Novum geschaffen, das sich in seiner grundsätzlichen Konzeption stark von den übrigen G-BA-Zentren unterscheidet. Die Intensivmedizin als klassisch interdisziplinärer Bereich kombiniert mit der telemedizinischen Netzwerkstruktur, um die klassische Erkrankungs- oder Organfokussierung zu ersetzen.</p>	<p><b>DKG:</b></p> <p>Die DKG unterstützt die Argumentation der DGAI, dass die IDV-Zentren bis Ende des Jahres 2022 verlängert werden sollen. Darüber hinaus bedankt sich die DKG für die weiteren Hinweise zur Etablierung von intensivmedizinischen Zentren. Die Beratung zu weiteren Zentren ist im Jahr 2022 vorgesehen. Die vorgetragenen und ausführlichen Argumente werden seitens der DKG bei der Auswahlentscheidung einbezogen. Eine Befassung mit Intensivmedizinischen Zentren wird seitens der DKG unterstützt.</p> <p><b>GKV-SV:</b></p> <p>Solange wissenschaftliche Belege ausstehen, ist die</p>	<p><b>DKG/GKV-SV:</b></p> <p>Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>Für das Jahr 2021 hat man dabei eine eher vorsichtige Konstruktion aufgestellt, bei der sich ein IDV-Zentrum an die Erfüllung der Voraussetzungen eines Herz- oder Lungenzentrums am selben Standort orientiert. Durch vernetzte intensivmedizinische Versorgungsnetzwerke wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht werden. Deshalb ist es aus Sicht der DGAI erforderlich, dass IDV Zentren eigenständig und übergreifend agieren können, um die vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen der intensivmedizinischen digitalen Unterstützung in der Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten qualitätsgesichert gerecht werden zu können. Ein „Anhängen“ an fachspezifisch und nicht interdisziplinär ausgerichtete Expertenzentren ist in der Praxis nicht umsetzbar, da zum einen eine interdisziplinäre Ausrichtung zwingend erforderlich ist und zum anderen fast alle geeigneten Standorte bisher nicht im Krankenhausplan der jeweiligen Bundesländer ausgewiesen sind.</p>	<p>telemedizinische Beratung als nachrangige Lösung ggü. der Vor-Ort-Behandlung in spezialisierten Kliniken anzusehen. <i>(siehe auch Argumentation unter Nr. 2).</i></p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>Die gemeinsame intensivmedizinische stationäre Versorgung eines Patienten zwischen zwei Krankenhäusern mittels Telemedizin ist bereits an vielen Standorten umgesetzt worden, z.B. in Hamburg, Berlin, Saarland, Münster und Aachen bzw. ist an anderen Standorten in konkreter Vorbereitung.</p> <p>Aus Sicht der DGAI ist es zwingend erforderlich, dass IDV Zentren bis zum Ende 2022 verlängert werden. Die DGAI unterstützt deshalb die Version B.2</p> <p>Die Intensivmedizin ist als parameterfokussiert und daher für Telemedizin besonders geeignet. Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, reduziert unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten und ermöglicht ortsnahe Versorgung auf universitärem Niveau. Gerade dieser Aspekt der Skalierung von Spitzenmedizin in der Breite ist zukunftsweisend auch in pandemieunabhängigen Zeiten in der regionalen Krankenversorgungsstruktur auch für andere Fachbereiche. Deswegen fordert die DGAI, dass mittels intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerke (IDV Zentren) Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz</p>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>flächendeckend telemedizinisch dauerhaft angeboten wird.</p> <p>Der GBA Zentrenbeschluss stellt neben erforderlichen bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen auf besondere Aufgabe nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V aus einer überörtlichen und krankenhaushübergreifenden Aufgabenwahrnehmung aufgrund außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ab und ist somit hervorragend geeignet, die aus unserer Sicht erforderliche Struktur im Rahmen der GKV Regelversorgung rechtssicher und dauerhaft abzubilden.</p> <p>Die DGAI bittet Sie eindringlich und nachdrücklich, sich für eine Aufnahme der Intensivmedizin in den GBA Zentrenkatalog einzusetzen.</p>		
<p><b>DGTHG</b></p>	<p>6.</p>	<p>„§ 3 Grundsätze der besonderen Aufgaben</p> <p>(9) Sofern die Leistungen einer besonderen Aufgabe, welche direkt an der Patientin oder dem Patienten erfolgen, telemedizinisch erbracht werden, müssen folgende Anforderungen</p>	<p>Der Änderungsvorschlag wird insgesamt durch die DGTHG begrüßt. Eine zeitnahe Beantwortung einer Anfrage für eine telemedizinische Visite im Bereich der Intensivmedizin ist eine wichtige Komponente für eine erfolgreiche Beratung. Die Frist von 30 Minuten müsste allerdings präziser definiert werden. Eine einfache, eindeutige und unbürokratische Überprüfung dieser 30 Minuten – Frist müsste gewährleistet sein, was im klinischen</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme. Siehe Ausführungen zu Lfd. Nr. 1.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Ergänzung Beschlussentwurf: „innerhalb von 30 Minuten</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>an die Qualifikation des Personals und die Ausstattung erfüllt sein:</p> <p>1. Eine Fachärztin oder ein Facharzt der erforderlichen Fachrichtung mit entsprechendem Qualifikationsnachweis der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer ist innerhalb von 30 Minuten nach Anfrage für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.“</p>	<p>Alltag nicht so einfach ist. Und 30 Minuten ab Eingang der Anforderung wird im klinischen Alltag nicht immer möglich sein.</p> <p>Als pragmatischen Ausweg schlägt die DGTHG daher die folgende Definition vor:</p> <p>Ab Eingang der Anforderung (im System dokumentiert) dürfen maximal 60 Minuten verstreichen, bis der zuständige Mitarbeiter der Telekonsilkllinik die anfordernde Klinik kontaktiert hat.</p>	<p><i>Siehe bzgl. der 30-Minuten-Vorgabe die Argumentation unter 1. zu dieser Thematik</i></p>	<p>nach <u>Eingang der Anfrage im Zentrum</u> für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.“</p> <p>Ergänzung Tragende Gründe: „Anfragen sollten zum Zwecke der Belegbarkeit jeweils im System des angefragten Zentrums dokumentiert werden.“</p>
<b>DGTHG</b>	7.	„Anlage 5 – Anforderungen an Herzzentren	Gerade in den Herzzentren werden hauptsächlich COVID – Patienten mit einer ECMO betreut. Die	<b>DKG:</b>	<b>DKG/GKV-SV:</b> Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>§ 2 Besondere Aufgaben</p> <p>7. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2, wenn diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind. Die Übernahme dieser besonderen Aufgabe setzt voraus, dass das Zentrum im Jahr 2020 mehr als 100 vollstationäre Fälle mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) intensivmedizinisch behandelt hat.“</p>	<p>Behandlungsdauer ist im Vergleich zu reinen Beatmungsfällen deutlich länger, 40 Tage und mehr sind keine Seltenheit. Daher hält die DGTHG die Fallzahl von 100 vollstationären Fällen für zu hoch.</p> <p>Wir schlagen daher vor, die Fallzahl auf 50 vollstationäre Fälle zu reduzieren und - falls für erforderlich gehalten - die Behandlungstage auf der Intensivstation mit hinzunehmen.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Ausführungen betreffen nicht den Vorschlag der DKG.</p> <p><b>GKV-SV:</b></p> <p>Kenntnisnahme.</p> <p>Wer als Zentrum intensivmedizinisch telemedizinische Leistungen anbieten möchte, muss zur Übernahme dieser besonderen Aufgaben umfangreiche Erfahrung (in Form von 100 vollstationären Fällen) nachweisen.</p> <p>Die Indikationsstellung und erforderliche Struktur für eine erfolgreiche Behandlung mit der extrakorporalen Membranoxygenation bei Covid 19 in Deutschland wird derzeit diskutiert (siehe auch: Karagiannidis et. Al, Am J Respir Crit Care Med 2021 Oct</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				15;204(8):991-994). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist der Verweis auf dieses Verfahren derzeit nicht geeignet niedrigere Mindestfallzahlen zu begründen.	
<b>DGHNO</b>	8.	„[§ 3 Absatz 9] 1. Eine Fachärztin oder ein Facharzt der erforderlichen Fachrichtung mit entsprechendem Qualifikationsnachweis der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer ist innerhalb von 30 Minuten nach Anfrage für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.“	Für stark beschäftigte Zentren kann die Frist von 30 Minuten und dann mit obligater Facharztqualifikation für eine Antwort kritisch werden. Typischerweise sind Fachärzte verantwortlich tätig und es könnten durch eine solche formal fixierte Anforderung triage-ähnliche Kollisionen entstehen. Eine Aufstockung eines Stellenplanes wäre dann eine Alternative.	<p><b>DKG:</b> Dieser Punkt betrifft nicht die Ausführungen der DKG. Dennoch schätzt die DKG die Anforderung zur Durchführung einer Visite durch eine Fachärztin oder einen Facharzt innerhalb von 30 Minuten nach Anfrage ebenfalls als grundsätzlich nicht sachgerecht ein. Siehe Lfd. Nr. 1.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme <i>Siehe bzgl. der 30-Minuten-Vorgabe die Argumentation unter 1. zu dieser Thematik</i></p>	<b>DKG/GKV-SV:</b> Nein



Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
DGHNO	9.	„2. Eine hochauflösende bidirektionale Audio und Videoübertragung in Echtzeit muss jederzeit unmittelbar durchführbar sein. Diese muss eine direkte Patientenuntersuchung durch den Telemediziner in hoher Qualität ermöglichen.“	Eine Patientenuntersuchung im strikten Sinne ist telemedizinisch nicht durchführbar. Eine Video- und Audioverbindung ermöglicht keine Patientenuntersuchung wie in einem Verfahren persönlichen Kontaktes. Hier sollte eine andere Begrifflichkeit benutzt werden, evtl: Patienteninspektion unter Audiokontakt. Was ist mit dem Adjektiv „direkte“ gemeint? Zu einer Patientenuntersuchung gehören alle Sinne, Geruchssinn, Tastsinn etc. Für eine HNO Patientenuntersuchung z.B. auch die Otoskopie, Rhinoskopie und Racheninspektion, die nur mit Hilfsmitteln erfolgen können.	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme. Betrifft nicht die Ausführungen der DKG.  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme und Zustimmung. Eine Televisite kann nicht die Vor-Ort-Untersuchung ersetzen.	<b>DKG/GKV-SV:</b> Nein

**Änderungsvorschläge zu den Tragenden Gründen**

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
DGP et al.	10	Telemedizin stellt einen wichtigen technischen Weg dar, Spezialwissen der Zentren, die nach den Zentrums-Regelungen definiert wurden, weiterzugeben. Für alle Zentren dieser Regelung ist unter §2 „Besondere Aufgaben“ Absatz 3 die Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch die Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in der Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen genannt. Aus Sicht der o.g. Fachgesellschaften ist diese Leistung weitestgehend telemedizinisch zu erbringen. Darüberhinaus wird gewährleistet, dass die Beratung		<b>DKG:</b> Die DKG bedankt sich für den Hinweis zu den besonderen Aufgaben der Zentrums-Regelungen. Siehe Lfd. Nr. 4.	<b>DKG:</b> Aufnahme eines Zusatzes bei den besonderen Aufgaben: Unterstützung anderer

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>krankheitsbezogen durch Fachexperten in den jeweiligen Organzentren vorhanden ist. Schon jetzt wird in den Strukturvorgaben die telemedizinische Leistung bei den Zentren explizit gefordert (z.B. Anlage 1 Seltene Erkrankungen). Daher ist die Notwendigkeit einer Etablierung von telemedizinischen Zentren ohne Bezug zu einer konkreten und spezialisierten Fachrichtung (z.B. Kardiologie, Neurologie, Unfallchirurgie etc.) unabhängig von der SARS-CoV-2 Pandemie nicht gegeben und kann aus diesem Grund nicht unterstützt werden.</p> <p>Einer telemedizinischen Zentrumsbildung bedarf es somit über Dezember 2022 hinaus nicht.</p>		<p><b>GKV-SV:</b></p> <p>Kenntnisnahme und Zustimmung, dass telemedizinische Leistungen immer in Zentren mit der krankheitsbezogenen Fachexpertise zu verorten sind.</p>	<p>Leistungserbringer im stat. Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer LE und Abgabe von Behandlungsempfehlungen „; <u>diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</u>“</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
<b>DGP et al.</b>	11	Die Bereiche der Medizin, die einen hohen Stellenwert haben und in denen die Zentrumsdefinition aktuell unberücksichtigt geblieben sind, sind insbesondere die		<b>DKG:</b>	<b>DKG/GKV-SV:</b> Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>Intensiv- und Notfallmedizin. Die o.g. Fachgesellschaften möchten den G-BA hiermit ermutigen, eine Zentrumsdefinition für Intensiv- und Notfallmedizin zu erarbeiten und noch 2022 in die Zentrumsregelungen aufzunehmen. Dabei müssen die einzelnen Fachexpertisen Berücksichtigung finden. Intensivmedizin ist ein Querschnittsfach und eine zentrumsgebundene Beratungsfunktion kann nur geleistet werden, wenn die entsprechenden organbezogenen Expertisen eingebunden sind. Der Nachweis der speziellen intensivmedizinischen Weiterbildung ist nicht ausreichend, um bei komplexen medizinischen Fragestellungen (und nur solche werden von den angeschlossenen Kliniken gestellt) eine qualitative Bewertung vorzunehmen. Die telemedizinische Leistung kann dann hier, wie unter §2 „Besondere Aufgaben“ definiert, von den qualifizierten Zentren erbracht werden.</p>		<p>Die Beratung zu weiteren Zentren ist im Jahr 2022 vorgesehen. Die vorgetragenen Argumente werden seitens der DKG bei der Auswahlentscheidung einbezogen. Generell unterstützt die DKG eine Befassung mit Intensivmedizinischen Zentren. Über die konkrete Ausgestaltung dieser Zentren muss der G-BA zu gegebener Zeit beraten.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die Definition von Intensiv- und Notfallmedizinischen-Zentren ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	



3.4 Wortprotokoll der mündlichen Anhörung



# Wortprotokoll

## **einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Änderung des § 3 und der Anlagen 5 und 7; Erbringung telemedizinischer Leistungen**

Vom 11. Februar 2022

<b>Vorsitzender:</b>	<b>Herr Professor Hecken</b>
<b>Beginn:</b>	11:00 Uhr
<b>Ende:</b>	12:21 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

**Teilnehmende der Anhörung**

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP):  
Herr Prof. Dr. Pfeifer  
Herr Prof. Dreher

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN):  
Herr Prof. Dr. Karagiannidis  
Herr Prof. Dr. Janssens

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):  
Herr Prof. Dr. Ertl

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO):  
Herr Dr. Kochanek

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT):  
Frau Dr. Welcker

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK):  
Herr Dr. Stockburger

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmenden sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich begrüße Sie ganz herzlich im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses. – Wir führen die mündliche Anhörung durch zur Änderung der Zentrums-Regelungen, hier konkret: Änderung des § 3 und der Anlagen 5 und 7.

Wir hatten am 20. Dezember 2021 ein Stellungnahmeverfahren zu diesen beabsichtigten Änderungen mit einer Rückmeldefrist von vier Wochen eingeleitet. Es sind insgesamt zehn Stellungnahmen eingegangen. Davon waren zwei sehr geringfügig verfristet, die wir aber selbstverständlich berücksichtigen werden, das ist ganz klar. Das Thema ist zu wichtig, als dass wir uns hier an irgendwelchen Formalismen abarbeiten wollen.

Stellungnahmen sind eingegangen – das muss ich hier aufführen, weil wir ein Wortprotokoll führen, und das auch sauber dokumentiert werden muss: zum einen von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin; dann von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin; von der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie; von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie; von der Bundesärztekammer; von der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.; von der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin; von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin; von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung; von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie und von der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. – Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat von einer Stellungnahme abgesehen. Auch das erkläre ich hier zu Protokoll.

Für die heutige mündliche Anhörung haben sich eine Reihe von Stellungnehmern angemeldet. Hier muss ich zunächst auch der Formalität folgend, für das Wortprotokoll die Anwesenheit kontrollieren. Dann sind wir aber mit den Formalia schon am Ende und können anschließend in die Diskussion einsteigen:

Für die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin müsste Herr Professor Dr. Wappler anwesend sein. – Herr Wappler, sind Sie da?

**Herr Prof. Dr. Wappler (DGAI):** Jawohl, ich bin da.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wunderbar! Herzlich willkommen und Danke. – Für die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin müsste Herr Professor Dr. Marx da sein?

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Genau. Ich grüße Sie, Herr Hecken!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wunderbar, Herr Marx. Guten Morgen! – Für die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie müsste Herr Professor Dr. Gummert aus dem Herzzentrum NRW anwesend sein.

**Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG):** Jawohl, ich bin anwesend. Hallo, Herr Hecken!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Guten Morgen, Herr Gummert! – Für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin müssten Herr Professor Dr. Pfeifer und Herr Professor Dr. Dreher anwesend sein.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP):** Ich bin da. Guten Tag!

**Herr Prof. Dreher (DGP):** Ich bin ebenfalls da. Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wunderbar! – Für die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin müssten Herr Professor Dr. Karagiannidis – er fehlt, er ist auch auf vielen Baustellen tätig – und Herr Professor Dr. Janssens anwesend sein.

**Herr Prof. Dr. Uwe Janssens:** Ja, guten Tag, Herr Hecken! Ich bin da.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Guten Morgen, Herr Janssens! – Für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin müsste Herr Professor Dr. Ertl anwesend sein.

**Herr Prof. Dr. Ertl (DGIM):** Ja, ich bin da. Guten Morgen!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo! – Ich habe Ihre E-Mail bekommen, gelesen und weitergeleitet, Herr Ertl.

**Herr Prof. Dr. Ertl (DGIM):** Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Für die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie müsste Herr Dr. Kochanek aus Köln da sein.

**Herr Dr. Kochanek (DGHO):** Ich bin da. Herzlich willkommen und Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Guten Morgen, Herr Kochanek. – Für die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie ist Frau Dr. Welcker anwesend?

**Frau Dr. Welcker (DGT):** Ja, ich bin auch da.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Guten Morgen, Frau Welcker. – Und für die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung müsste Herr Dr. Stockburger da sein.

**Herr Dr. Stockburger (DGK):** Ich bin da!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Guten Morgen, Herr Stockburger!

Ist noch jemand da, der nicht aufgerufen worden ist und der seinen Sachverstand noch heute einfließen lassen möchte. – Das ist erkennbar nicht der Fall. Dann können wir mit der mündlichen Anhörung beginnen. Ich habe zwei, drei geschäftsleitende Bemerkungen:

Wir führen Wortprotokoll. Frau Kusche wird als Stenografin ein solches Wortprotokoll über diese Anhörung erstellen. Damit wir die entsprechenden Wortmeldungen und die Äußerungen auch zuordnen können, bitte ich Sie, auch, wenn ich Sie aufgerufen habe, jeweils noch einmal Ihren Namen und die Institution für die externen Sachverständigen zu nennen, damit wir das am Ende sauber protokollieren können.

Melden Sie sich bitte über den Chat. Sie können zwar auch winken, aber ich habe nicht alle Leute auf meinem Bildschirm. Wir sind wegen krankheitsbedingter Ausfälle und Quarantäne heute gezwungen, dass jeder hier in seinem Büro aus dem G-BA arbeitet. Das führt dazu, dass ich jetzt auch die Wortmeldeliste allein führen muss. Das überfordert mich. Also ich bin nicht so multitaskingfähig, wenn ich Handzeichen und Chatmeldungen sehen und beobachten muss. Also bitte immer im Chat ein „W“ oder „X“ schicken, dann sehe ich, wer sich gemeldet hat und dann läuft das.



Wir führen die Anhörung so durch – ich gehe davon aus, dass sie eine gute Stunde dauern wird –, dass zunächst die Bänke und die Patientenvertretung Fragen an Sie richten und ich Ihnen anschließend im Abgesang am Ende der Veranstaltung noch einmal die Möglichkeit gebe, auf möglicherweise seit Abgabe Ihrer Stellungnahme eingetretene neue Erkenntnisse hinzuweisen. Sie können dann auch sicherlich noch einmal die für Sie essenziellen Punkte ganz kurz adressieren. Wir handhaben das nicht so formal.

Wir haben uns mit Ihren Stellungnahmen beschäftigt. Wir haben auch schon eine wunderbare Tabelle gemacht, in der wir die unterschiedlichen Positionen dargestellt haben, sodass Sie voraussetzen können, dass alle, die heute an der Sitzung teilnehmen, wissen, was Sie im Stellungnahmeverfahren geschrieben haben. Auf dieser Basis wäre es absolut redundant, wenn das jetzt noch einmal komplett hier wiederholt würde.

Ich beginne also jetzt zunächst mit der Fragerunde der Bänke, Patientenvertreter und Ländervertreter und richte den Blick auf den Chat und frage: Wer hat die erste Wortmeldung, um Fragen an die Experten zu richten? Sie müssten mir jetzt ein Signal geben. – Ich sehe als Erstes den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und dann die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

Zunächst der GKV-SV. – Hier darf ich keinen Namen nennen, obwohl Sie alle kennen. So ist halt das preußische Regulatorium. Ich begrüße also jetzt eine Dame vom GKV-Spitzenverband, deren Name mit „B“ beginnt und mit „t“ aufhört. Die Zwischenbuchstaben nennen wir nicht. – Sie haben das Wort.

**GKV-SV:** Herzlichen Dank, Herr Professor Hecken. – Ich möchte meine erste Frage gerne an Herrn Professor Pfeifer von der DGP richten. Und zwar entnehmen wir Ihrer Stellungnahme, dass Telemedizin stets in krankheitsbezogenen Zentren verortet werden sollte und Sie telemedizinischen Zentren ohne fachlichen Bezug für nicht sachgerecht halten. Könnten Sie das bitte näher erläutern und dabei auch gerne darauf eingehen, für welche Leistungen Sie Telemedizin gut geeignet halten und wo Sie die Grenzen von telemedizinischen Anwendungen sehen? – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Herr Professor Pfeifer.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP):** Das ist eine sehr weitreichende Frage, die Sie mir stellen. – Grundsätzlich gingen wir in unserer Stellungnahme davon aus, dass Telemedizin natürlich eine wichtige und wegweisende Versorgungsform für die Zukunft der medizinischen Versorgung darstellt.

Auf der anderen Seite sehen wir es kritisch, wenn Telemedizin jetzt unabhängig von den Organzentren durchgeführt wird und somit auch jetzt im speziellen Fall, was die intensivmedizinische Beratung betrifft, auf Dauer nicht alle Disziplinen eingeschlossen sind. Also: Wir fordern in unserer Stellungnahme, dass die Interdisziplinarität auch in solchen Zentren gesichert und nachgewiesen werden muss.

Aus diesen Gründen sehen wir die Telemedizin natürlich in den Bereichen der Organzentren auch sehr gut aufgehoben, beispielsweise jetzt, auch wie vorgesehen in der Kardiologie und in der Lungenheilkunde also in der Pneumologie. Wenn Sie mich fragen, wo Telemedizin nicht anzuwenden ist, würde ich das jetzt einmal offen lassen.

Für uns ist wichtig, dass Telemedizin grundsätzlich in der Medizin eine wichtige Rolle spielen wird in der kurzen Beratungsfunktion an anderen Häusern, an anderen Situationen, wo Patienten versorgt werden, wo keine entsprechende Fachexpertise vorliegt. Außer den Gründen sehe ich jetzt keine wesentliche Einschränkung in der Anwendung der Telemedizin.

Speziell, was wir heute im Bereich der Intensivmedizin diskutieren, würden wir – und das haben wir auch in der Stellungnahme klar geäußert – es durchaus auch als zielführend und weiterentwickelnd sehen, wenn spezielle Intensivmedizinische Zentren etabliert werden.

Aber deren Voraussetzung muss eben sein, dass hier das gesamte Spektrum der möglichen anfallenden intensivmedizinischen Erkrankungen durch die entsprechende Fachdisziplin auch abgedeckt wird. – Ich hoffe, ich konnte Ihnen zumindest ein paar Aspekte liefern.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Pfeifer. – Ich frage zurück an den Fragesteller: Ist die Frage beantwortet?

**GKV-SV:** Ja, vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Gibt es an dieser Stelle eine weitere Frage durch den GKV-Spitzenverband?

**GKV-SV:** Wir würden jetzt erst einmal den anderen Beteiligten den Vortritt lassen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Dann habe ich als nächstes die DKG, die in einem Raum sitzt. Hier kann ich nicht identifizieren, wer der Fragesteller ist. – DKG, bitte schön.

**DKG:** An der Stelle machen wir vielleicht gleich weiter mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. – Wir haben auch eine Frage an Herrn Professor Pfeifer. Und zwar: In Ihrer Stellungnahme haben Sie herausgestellt, dass die IDV-Zentren noch bis Ende des Jahres 2022 gelten sollten. An der Stelle würden wir uns wünschen, wenn Sie kurz noch erläutern könnten, warum diese IDV-Zentren noch verlängert werden sollten beziehungsweise bis dahin gelten sollen und wie Sie sich auch in dem Zusammenhang diese Intensivmedizinischen Zentren, die Sie angesprochen haben, vorstellen. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Vielen Dank! – Herr Professor Pfeifer.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP):** Vielen Dank für die Frage! – Also wir haben das jetzt nicht nur innerhalb der DGP diskutiert. Sondern unsere Stellungnahme beinhaltet ja weitere Fachgesellschaften, unter anderem die Internistische Intensivmedizin und die DGEM. Wir haben abgestimmt, dass wir grundsätzlich diese Struktur auch angesichts der aktuellen Pandemiesituation als durchaus sinnvoll erachten und auch sehen, dass diese Verlängerung, die nur bis zum 31.03. vorgesehen war, auch aufgrund der noch laufenden Pandemie und der jetzt schon vorhandenen Strukturen bis Ende des Jahres durchaus sinnvoll ist, um damit in dieser Zeit tatsächlich die Möglichkeit zu haben, über eine Weiterentwicklung dieses Systems durch sogenannte Interdisziplinäre Intensivmedizinische Zentren nachzudenken und zu entwickeln. Das war unser Vorschlag, weil wir unabhängig von COVID-19 sehen, dass die intensivmedizinische Behandlung in peripheren Häusern bei zunehmender Spezialisierung in der Intensivmedizin komplexer wird und wir hier durchaus einen Beratungsbedarf sehen. Sodass wir sagen: Neben den Organzentren erachten wir auch speziell – denn hier ist eine schnelle Beratung erforderlich – Intensivmedizinische Zentren als sinnvoll.

Die jetzige Struktur allerdings reicht uns nicht, um sie jetzt grundsätzlich dauerhaft zu verlängern. Dazu müsste diese Zentrenstruktur auch neu definiert werden und neu aufgestellt werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Pfeifer. – Gibt es eine weitere Nachfrage von der DKG? Oder ist die Frage beantwortet? Wir können ja mehrfach Wortmeldungen entgegennehmen.

**DKG:** Das ist soweit beantwortet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Dann habe ich die Patientenvertretung.

**PatV:** Einen schönen guten Morgen in die Runde! – Für uns stellt sich die grundsätzliche Frage, inwiefern die jetzt hier zur Stellungnahme anstehenden Vorschläge für Zentrums-Regelungen die Telemedizin insgesamt meinen, intensivtelemedizinische Leistungen und inwiefern Sie denken, dass die Diskussion zwischen dieser Gratwanderung der Spezialisierung – das schließt ein bisschen an die Frage vom GKV-SV an – organbezogen oder interdisziplinär ist, und wie man das dann strukturiert. Denken Sie, dass die hier in der Stellungnahme zur Diskussion gestellten Vorschläge ausreichen, um diese interdisziplinäre Neuausrichtung von Zentren mit auf dem Weg zu bringen? – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Patientenvertretung? – Haben Sie einen speziellen Adressaten oder soll ich die Frage freigeben?

**PatV:** Freigeben!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte von den Experten antworten – bitte melden Sie sich im Chat. Zwei, drei sehe ich, die können auch winken.

Herr Marx, Sie haben gewunken. – Das Winken lassen wir aber nicht einreißen, das war jetzt ausnahmsweise, weil wir doch letztendlich eine intensive Brieffreundschaft haben, Herr Marx.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielen Dank, Herr Hecken! – Als medizinischer Bereich ist die Intensivmedizin ja stets interdisziplinär und befasst sich in ihren organübergreifenden Ansatz mit akut lebensbedrohlichen Zuständen. Von daher war jetzt der initiale Anlass die Corona-Pandemie und die COVID-19-Patienten, wo wir auch zeigen konnten, dass wir hier sogar den Patienten-Outcome mit dieser Struktur verbessern können.

Selbstverständlich ist die Intensivmedizin aber – genau, wie es Herr Kollege Pfeifer gerade ausgeführt hat – wesentlich weitergehender. Es geht auch aus Sicht der DIVI eben eher um eine Verstetigung, um die Etablierung von Intensivmedizinischen Zentren, die natürlich interdisziplinär sein müssen und – genau, wie Herr Kollege Pfeifer es auch schon ausgeführt hat – müsste man das hier entsprechend gemeinsam weiterentwickeln, wozu die DIVI ja auch schon bereits einen Vorschlag gemacht hat. Das muss zwingend interdisziplinär sein. Es ist eben nicht nur Telemedizin. Sondern Telemedizin ist im Prinzip dann das Mittel, um die Expertise aus den Zentren möglichst vielen Kolleginnen und Kollegen in der Peripherie, respektive Patientinnen und Patienten, zur Verfügung zu stellen.

Wir haben beispielsweise jetzt gerade auch etwas Neues: Seit der Stellungnahme ist unser großes Innovationsfondsprojekt – was Sie sicherlich auch kennen –, das TELnet@NRW-Projekt publiziert worden. Auch in dieser großen Studie, wo wir im stationären Bereich über 10 000 Intensivpatienten randomisiert kontrolliert untersucht haben, konnten wir zeigen, dass beispielsweise bei schweren Infektionen wie S.-aureus-Infektionen, also wirklich lebensbedrohliche Zustände, wir die Behandlungsqualität mit dieser neuen Behandlungsform signifikant verbessern konnten. Das ist, glaube ich, ein ganz wichtiger Moment, um in der intensivmedizinischen interdisziplinären Versorgung flächendeckend langfristig die Qualität zu sichern und zu verbessern.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Marx. – Wenn ich dazu vielleicht noch meine Nachfrage stellen darf. Wir hatten diese IDV-Zentren ja in einer bemerkenswerten Geschwindigkeit in die Versorgung implementiert und hatten auch, was gelegentlich kritisiert worden ist, keinen krankenhausplanerischen Genehmigungsvorbehalt durch die Länder in die Regelungen aufgenommen, sodass eigentlich das Prinzip galt: Wer

kann, der darf – ich sage das mal so salopp. Wie viele dieser IDV-Zentren sind im Zeitraum der Geltung der Regelung entstanden? – Meines Wissens sind es drei.

Wie kann man sich erklären, dass das so wenige sind, wenn hier – sage ich mal, für mich auch als Juristen einfach nachvollziehbar – doch komplexe Behandlungsbedarfe abgewickelt werden mussten?

Außerdem würde mich interessieren, auch damit wir es einfach einmal protokolliert haben, Sie haben das ja in Ihren Zwischenberichten auch schon dargestellt: Wie hat sich die Inanspruchnahme räumlich dargestellt? Wenn Sie in Aachen jetzt diese telemedizinische Leistung angeboten haben, wie war die Verteilung der Inanspruchnehmer? Gab es da eher regionale Cluster, sodass man sagen kann, umliegende Häuser? Haben diese eine besondere Expertise in Anspruch genommen? Oder haben Sie eine überregionale Inanspruchnahme, also auch Anfragen aus dem Freistaat Bayern, wo es so etwas meines Wissens nicht gegeben hat? Also ich kenne nur Berlin, Sie und Hamburg. Haben Sie auch von dort Anfragen bekommen?

Das wird nämlich bei mir die Frage aufwerfen: Wie werden diese Fälle im Rahmen des normalen Settings, außerhalb dieser besonderen Zentren, in anderen Bundesländern abgewickelt? Haben Sie da so ein paar Facts für uns, damit wir das auch im Protokoll haben?

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Ja, sehr gerne. – Ich fange vielleicht mit Ihrer Frage zum Aspekt der Verteilung an:

Wir haben sicherlich hier regional in NRW initial um Aachen angefangen, dann mit dem TELnet-Projekt um Aachen und Münster, wo wir in diesem Innovationsfondsprojekt dann 17 periphere Krankenhäuser aus NRW mitbetreut haben. Im Rahmen – wie es in NRW heißt – der Vorstufe des virtuellen Krankenhauses, wo diese neue Struktur der Versorgung auf der Basis dieser TELnet-Studie begonnen wurde, sind es 128 Kliniken, die Interesse bekundet haben und über 60 Kliniken, mit denen wir täglich im kontinuierlichen Austausch sind. Es waren bisher über 570 COVID-Patienten und über 3 700 Televisiten, die wir durchgeführt haben. Und das war eben ganz NRW mit den beiden Zentren Münster und Aachen, die beschieden worden sind. – Sie haben recht, im Moment sind es noch Hamburg und Berlin.

Man muss vielleicht sagen, dass es sich aufgrund der sehr kurzen Perspektive, die initial zur Verfügung stand und der doch recht hohen Anforderungen, vielleicht erklärt, dass es sowohl seitens der Länder mit den Bescheiden, respektive auch in den Kliniken, eine gewisse Zeit gedauert hat, um hier die Voraussetzungen zu schaffen.

Mir ist aber bekannt, dass beispielsweise Kiel/Lübeck kurz davor ist, hier auch an den Start zu gehen. Auch im Saarland, in Saarbrücken, ist jetzt ein virtuelles Krankenhaus etabliert worden. Also auch hier beginnt jetzt die Versorgung entsprechend stattzufinden. Das Land Hessen hat einen etwas anderen Weg gewählt, ist aber ebenfalls hier digital unterstützend auch mit Telemedizin aktiv. Auch andere Bundesländer wie beispielsweise Baden-Württemberg oder auch Bayern haben sich konkret an uns gewendet, sich informiert, was die Voraussetzungen sind und haben sich – sage ich mal etwas salopp – auf den Weg gemacht. Sodass, wenn hier eine längerfristige Perspektive seitens des G-BA ermöglicht wird, ich sicher davon ausgehe, dass es letztendlich dann in allen Bundesländern Umsetzungsaktivitäten geben wird. Soweit mir bekannt ist, sind alle Länder letztendlich davon auch überzeugt und haben sich entsprechend positioniert.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich frage deshalb danach, Herr Professor Marx – ich will es an der Stelle auch sagen –, weil mich die ein oder andere Deklaration und Positionierung gerade aus dem politischen Bereich in den letzten Tagen ein bisschen irritiert hat.

Wir sprechen ja über zweierlei: Wir sprechen zum einen über diese speziellen IDV-Zentren, die zur Bekämpfung und zur besseren Handhabung der COVID-Pandemie möglichst erhalten

werden sollten. Es gibt da einen einstimmigen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz. Und wir sprechen über die zweite Perspektive: Muss das nicht weiter ausgedehnt werden und dann an Organzentren angebunden werden? Oder kann es solche Intensivmedizinischen Zentren geben?

Jetzt bezogen auf den engeren Bereich der IDV-Zentren mit dem Fokus auf die Behandlung auf COVID-Patienten und die Optimierung der Behandlung, der Vermeidung von unnützen Verlegungen, die am Ende auch patientengefährdend sind, nehme ich also wahr, dass, obwohl wir keine Krankenhausplanausweisung verlangt haben, Status quo eigentlich drei Einrichtungen vorhanden sind, die das machen.

Ich nehme wahr – und das macht ein bisschen die Ambivalenz der Diskussion über die COVID-bezogenen intensivmedizinischen Zentren aus –, dass ausweislich einer Presseerklärung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. Februar gesagt worden ist, dass es sich Gott sei Dank einigermaßen normalisiert hat.

Ich nehme wahr, dass die Bundesländer, die einstimmig in der GMK beschlossen haben, nicht nur die IDV-Zentren bis zum Jahresende zu verlängern, sondern alle Corona-Sonderregelungen des G-BA zu verlängern, dass dieselben Länder jetzt 2G im Einzelhandel aufheben; dass darüber gestritten wird, ob bestimmte Impfnachweise verlangt werden; dass von Teilen der Regierungskoalition im Bund der 20. März als Freedom Day und Gott weiß was apostrophiert wird.

Deshalb, sage ich mal, sind zum einen diese Erklärungen, die von der GMK hier beispielsweise abgegeben worden sind, für mich auf dem Zeitpunkt der Abgabe der Erklärungen zunächst einmal beschränkt. Zum anderen stellt sich die Frage: Sollte man dann nicht redlicherweise auch wirklich die Diskussion so führen, indem man sagt: Man will – und das hat jetzt Herr Professor Pfeifer auch gesagt – jetzt eine Verlängerung haben, egal, ob die jetzt in der Anlage 3 oder 5 ist oder hier, um eben Zeit zu gewinnen, um über allgemeine Intensivmedizinische Zentren zu diskutieren.

Also ich glaube, wir sollten so ein bisschen von dieser COVID-Argumentation wegkommen, weil da machen wir uns irgendwann lächerlich, wenn wir hier im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses am 18.03. beschließen würden, dass wir das verlängern und am 17.03. findet im Estrel-Hotel in Berlin der DRG-Kongress mit 1 500 bis 2 000 Top-Performern aus dem Gesundheitswesen als Präsenzveranstaltung statt, weil man sagt: Das Schlimmste ist vorbei und in zwei Tagen ist ja ohnehin der Freedom Day. Das wollte ich nur an der Stelle einflechten.

Es müsste schon dann auch gesagt werden: Es gibt einen Bedarf an diesen Zentren. Da muss die Abgrenzung vorgenommen werden, welche Anbindung an Organzentren es geben muss. Das ist, glaube ich, die spannende Frage. Aber das nur als Erläuterung für diese Frage, die ich gestellt habe, Herr Marx.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Wenn ich darf, nur eine ganz kurze Ergänzung: Als DIVI haben wir bereits in unserer Stellungnahme am Ende des Jahres, als es um die initiale Verlängerung nach dem 31.12. ging, auch schon dafür argumentiert, dass nach unserer Erfahrung, auch aus der Erfahrung der Daten, der Evidenz, eine Öffnung für Non-COVID-Patienten sicherlich sehr sinnvoll ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Patientenvertretung, ist die Frage damit beantwortet?

**PatV:** Es ist eher Diskussionsbedarf entstanden. Aber das machen wir ja dann nach der Anhörung. Aber Danke, für Ihre Nachfrage, denn es konkretisiert ein bisschen das, wohin wir es zuspitzen müssen: Diskutieren wir über den Weg zum virtuellen Krankenhaus? Oder diskutieren wir darum, den jetzt bestehenden IDV-Zentren noch eine Chance zu geben, mehr

Ergebnisse auf dem Tisch zu legen, aus denen wir schließen können, ob wir ein Interdisziplinäres Zentrum für Intensivmedizin brauchen, das einen telemedizinischen Schwerpunkt hat? Dafür hatten wir nicht genügend Zeit. Insofern, denke ich, haben wir genug Stoff für die Debatte danach. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! Patientenvertretung, Sie machen mir Angst. – GKV-SV, Sie sind der nächste Fragesteller. Anschließend wieder die DKG und dann noch einmal die Patientenvertretung.

**PatV:** Das hat sich erledigt. Mich können Sie weglassen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay. – Dann der GKV-SV und anschließend die DKG.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Ich möchte gerne eine Frage an Herrn Professor Gummert von der DGTHG richten: Wenn es die Möglichkeit gibt, intensivpflichtige Patientinnen und Patienten in eine gut ausgestattete, erfahrene Klinik zu verlegen, wäre dies aus Ihrer Sicht einer telemedizinischen Visite vorzuziehen?

Ergänzend dazu: Wenn es um Patientinnen und Patienten geht, bei denen eine ECMO erforderlich wird, ist dafür eine gut ausgestattete Klinik dann die richtige Wahl? Oder ist aus Ihrer Sicht auch eine Anleitung unter Telemedizin in einer nicht so erfahrenen Klinik akzeptabel?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, GKV-SV. – Herr Professor Gummert.

**Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG):** Vielen Dank für die Frage! – Ich würde gerne mit der zweiten Frage anfangen, weil sie sicherlich leichter zu beantworten ist. Ich beantworte die Frage aus meiner Erfahrung heraus jetzt auch während der Pandemie-Phase, wo wir phasenweise bis zu 20 Patienten an der ECMO betreut haben:

Meine Erfahrung ist, dass es in jedem Falle sinnvoller ist, dass die Therapie mit einer ECMO an einem Zentrum konzentriert wird. Denn, wenn man eine ECMO-Behandlung an einem Zentrum durchführt, wo das nicht routinemäßig gemacht wird, ist unsere Erfahrung, dass dann regelmäßig letztendlich dann doch Probleme auftreten und der Patient in jedem Falle, wenn er transportiert werden kann, besser an einem Zentrum aufgehoben ist, wo das möglich ist.

Die erste Frage ist letztendlich etwas komplizierter zu beantworten. Ich würde das sicherlich auch aus der Perspektive der Corona-Pandemie heraus beantworten: Wenn ein Patient ohne Probleme verlegt werden kann, dann ist es aus meiner Sicht nach wie vor sinnvoll, wenn er auch in einem Zentrum behandelt wird, das sehr viel Erfahrung mit solchen Patienten hat.

Die Idee aus meiner Sicht, was die Telemediziner jetzt befördert hat, war ja die Sorge, dass wir in der Pandemie in Massen Patienten auf Intensivstationen haben, die letztendlich nicht mit einer hohen Expertise behandelt werden können. Und wenn das nicht der Fall ist, das ist zumindest meine persönliche Erfahrung, dass es eben sehr viel einfacher ist, einen solchen Patienten dann eben in einer hocheffizienten Intensivstation zu behandeln, sofern das eben möglich ist. – Das wäre in Kürze die Antwort.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Gummert. – Ist die Frage beantwortet, GKV-SV, oder haben Sie eine Nachfrage?

**GKV-SV:** Vielen Dank, die Frage ist beantwortet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

**DKG:** Vielen Dank! – Meine Frage geht auch an die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, an Herrn Professor Gummert: Und zwar ist es so, dass Sie sich jetzt als einzige anwesende Fachgesellschaft zu den Änderungen im allgemeinen Teil und zu diesen neuen besonderen Aufgaben geäußert haben, die vorgeschlagen werden.

Ich schildere kurz die Problematik, die wir an der Stelle sehen und würde gerne Ihre Einschätzung dazu erfahren:

Dadurch, dass jetzt Anforderungen in den allgemeinen Teil aufgenommen werden sollen, beispielsweise, dass man innerhalb von 30 Minuten die Televisite durchführen muss, ergibt sich für uns die folgende Problematik, dass das natürlich alle Krankenhäuser in gleicher Weise erfüllen müssen. Das heißt, rheumatische Zentren in gleicher Weise wie die seltenen Erkrankungen, wie onkologische Zentren. Deswegen würde ich gerne hier Ihre Einschätzung zum Sachverhalt erfahren. Natürlich können das auch weitere Fachgesellschaften beantworten; das schließt alle mit ein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Dann gebe ich zuerst das Wort an Herrn Gummert und wenn andere Experten zu dieser Frage, die in der Tat ja in den Stellungnahmen nur relativ dünn abgebildet worden ist, eine Äußerung abgeben möchten, bitte im Chat melden. – Herr Professor Gummert, wir beginnen mit Ihnen.

**Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG):** Vielen Dank für die Frage! – Wir haben innerhalb unserer Fachgesellschaft diskutiert, inwieweit 30 Minuten im Alltag wirklich zwingend nötig und vielleicht auch realistisch sind.

Man muss sich das in etwa so vorstellen, wenn es jetzt um eine Notfallsituation geht: Ein Patient wird auf der Intensivstation eingeliefert, dann werden in erster Linie die Vitalfunktionen stabilisiert. Der Patient wird so behandelt, dass er erst einmal überlebt bis man die Diagnostik machen kann und bis man dann das therapeutische Konzept festlegt.

Es ist nicht so, dass der telemedizinische Experte aus der Ferne heraus dann unter Umständen die Wiederbelebensmaßnahmen steuert und Dinge, die man unmittelbar vor Ort machen muss, dass die auf diese Art und Weise ferngesteuert passieren. Sondern aus unserer Erfahrung heraus ist es dann eher so, dass dann die Beratung erfolgt, wie dann die Therapie gesteuert wird, was entsprechend gemacht wird. Da haben wir halt gedacht, dass dann 60 Minuten in jedem Falle als maximale Grenze ausreichend sind. Natürlich kann es in einzelnen Fällen auch einmal kritischer sein. Aber das würde dann auch sicherlich an das Zentrum, was angefragt wird, so kommuniziert werden können, dass das dann sofort beantwortet wird. Aber grundsätzlich würden wir denken, dass maximal 60 Minuten eine absolut tolerable Zahl ist und ich glaube auch eher der Realität entsprechen würde.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Gummert. – Jetzt habe ich Herrn Professor Pfeifer und Herrn Professor Marx. – Herr Pfeifer, bitte.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP):** Vielen Dank! – Von internistischer Seite darf ich das vielleicht auch ergänzen:

Das haben wir tatsächlich in unserer Stellungnahme – wie Sie eben sagten, Herr Professor Hecken – nicht so richtig adressiert. Dieser Punkt ist kritisch, weil uns auch jetzt erst in der Nachdiskussion bewusst wurde, dass es ja alle Zentren trifft.

Im Bereich der Intensivmedizin – das hat Kollege Gummert sehr gut ausgeführt – sind in dieser Situation, 30 Minuten zu fordern, nach meiner Meinung auch nicht sinnvoll. Es ist etwas anderes, wenn ich als Facharzt gerufen werde, um wirklich am Bett zu handeln, weil ich dann eine andere Situation habe, als wenn ich eine telemedizinische Beratungsfunktion einnehme.

Aber es geht ja auch darum, dass dies für alle anderen Zentren zutreffen würde, beispielsweise auch für das Zentrum für Rheumatologie. Mir ist jetzt nicht erkenntlich, warum in der Rheumatologie ein solcher Notfall entstehen soll, dass ich innerhalb von 30 Minuten eine telemedizinische Beratung anbieten soll. Das gilt für Zentren für seltene Lungenerkrankungen noch mehr. Also in diesem Fall halte ich eine zeitliche Begrenzung, wann ein Facharzt am Rechner sitzen muss, für nicht zielführend. Das würde einen enormen Ressourcenverbrauch induzieren, der nach unserer Ansicht unnötig ist und diese Ressourcen so stark bindet, ohne dass wir daraus einen wirklichen Effekt und einen Erfolg haben für die wirkliche Funktion der telemedizinischen Beratung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Pfeifer. – Herr Professor Marx.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Ich möchte vielleicht noch kurz aus der Praxis berichten: Wir hatten den Kolleginnen und Kollegen zwischen 30 Minuten und vier Stunden angeboten.

Ich denke, was Kollege Pfeifer und Kollege Gummert skizziert haben ist richtig. In der Intensivmedizin sind sicherlich so etwas wie bis 60 Minuten auch vorstellbar, aber da ist manchmal sicherlich eine zeitliche Dringlichkeit schon gegeben. Das trifft aber auf andere Bereiche eben nicht zu.

Wenn ich vielleicht noch kurz ergänzen darf, da hatte ich mich gerade im Chat vertippt: Wir haben Patienten mit ECMO durch die IDV-Zentren auch sehr frühzeitig identifizieren können und dann entsprechend mit ECMO-Teams auch in die Zentren geholt. Wir haben aber die Verlegerate insgesamt von 11,6 bundesweit auf etwa acht Prozent reduzieren können. Das heißt also: ortsnahe hochqualitative Versorgung auf der einen Seite mit besserem Outcome von 34 Prozent Sterblichkeit im IDV-Zentrum. Von beatmeten COVID-Patienten bundesweit hatten wir zur gleichen Zeit 53 Prozent.

Wir hatten damit auf der einen Seite die Versorgungsqualität erreicht. Auf der anderen Seite konnten auch in den Zentren, weil wir nicht so viele Patienten bekommen haben, auch die normalen Aufgaben, nämlich bei den anderen Patienten beispielsweise Tumoroperationen, Herzoperationen und so weiter –, weiter besser durchgeführt werden, anstatt nur COVID-19-Patienten zu versorgen.

Also das zeigt noch einmal, dass man hier wirklich sehr passgenau mittels dieser digitalen Unterstützung die Versorgung auch steuern kann und dabei aber die Patienten nach wie vor sehr gut versorgen kann.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Marx!

Ich schaue noch einmal in die Runde: Gibt es einen weiteren Stellungnehmer, der sich zu diesem Komplex äußern möchte? – Ich habe keine Wortmeldungen mehr dazu. Nein, ich sehe niemanden. – Dann würde ich die DKG fragen: Ist Ihre Frage damit beantwortet? Haben Sie weitere Fragen?

**DKG:** Ich habe noch eine weitere Frage. Und zwar bezieht sie sich noch einmal ein bisschen auf die rhetorische Frage des GKV-SV, ob die Versorgung vor Ort in einem gut ausgestatteten Krankenhaus einer telemedizinischen Mitbehandlung vorzuziehen ist. Ich denke, das hat Herr Professor Marx gerade auch noch beantwortet. Ich möchte das jetzt einfach nicht so stehen lassen. Ich glaube, es ist allgemeiner Konsens, dass das natürlich der Fall ist.

Allerdings habe ich das Konzept so verstanden, dass es sich hier um ein zusätzliches Versorgungsangebot handelt. Das hatten Sie ja auch eben ausgeführt. Ich würde jetzt – wenn ich das richtig sehe, ist Herr Professor Karagiannidis jetzt dabei – einfach einmal fragen, weil immer wieder Ihre Studie zur ECMO und zur Anwendung der ECMO zitiert wurde, ob die



Ergebnisse dieser Studie und die Zielstellung dieser Studie tatsächlich so zu interpretieren sind, dass sie der Anwendung von Telemedizin entgegenstehen oder in irgendeiner Weise hier ein Zusammenhang hergestellt werden sollte.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, DKG! – Herr Professor Karagiannidis, zunächst herzlich willkommen. Können Sie diese Frage beantworten?

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIIN):** Ich kann eigentlich nur sagen, was wir gemacht haben: Wir haben uns einfach alle Patienten in Deutschland angeguckt und geschaut, wie das Outcome war, sowohl bei den beatmeten Patienten als auch bei denen mit ECMO.

Das heißt, das ist eine Vollerfassung in den letzten Wellen gewesen. Wir werden es jetzt auch noch einmal updaten.

Der Ansatz dieser Studie ist rein epidemiologisch zu schauen, was passiert ist und dann hinterher aufzuschlüsseln, nach welchen Risikofaktoren das Überleben besser oder schlechter war. Das heißt, das war rein deskriptiv; das ist keine Intervention; da ist auch nicht so etwas wie Telemedizin vorgekommen, aber auch alles andere nicht. Sondern das ist einfach nur eine nüchterne Beschreibung gewesen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – DKG, ist die Frage beantwortet? Oder haben Sie eine Nachfrage?

**DKG:** Ja, ich habe in dem Zusammenhang eine ganz kurze Nachfrage an Herrn Professor Marx: Wie oft ist das Ihrer Einschätzung nach denn überhaupt vorgekommen? Also wie oft ist tatsächlich Telemedizin auf ECMO getroffen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Marx.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Wie meinen Sie das „auf ECMO getroffen“?

**DKG:** Wie oft ist schätzungsweise die Konstellation, die vom GKV-SV angefragt wurde, tatsächlich passiert? Es gibt sicherlich viele Anfragegründe, mit denen diese telemedizinischen Zentren betraut wurden. Die Frage ist einfach, das einmal zu relativieren, wie oft tatsächlich ECMO Bestandteil einer Fragestellung an die IDV-Zentren gewesen ist. Können Sie das abschätzen?

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Die Fragestellung, ob eine ECMO indiziert ist, war, würde ich denken, etwa in fünf, sechs Prozent der Fälle der Gegenstand, respektive haben wir die Patienten oftmals mehrmals mitbetreut, also an mehreren Tagen.

Das heißt, wir konnten auf der einen Seite sehen, ob die Versorgung vor Ort gemeinsam weiter fortgeführt werden kann oder, ob der Patient sich so verschlechtert hat, dass eine ECMO-Therapie notwendig ist. Dann wurde der Patient sehr frühzeitig entweder zur ECMO-Anlage in ein Zentrum verlegt oder beispielsweise unser ECMO-Team aus Aachen – oder auch aus Münster – ist dann in die Zentren gefahren, um dann die Patienten dort mit einer ECMO zu versorgen und dann in das Zentrum zu transferieren. Ich denke, von den acht Prozent der Verlegungen waren bestimmt die Hälfte der Verlegungen auf ECMO-Indikationen bezogen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Marx! – DKG, ist die Frage beantwortet? Oder haben Sie eine weitere Nachfrage?

**DKG:** Ja, vielen Dank an Herrn Professor Marx!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Dann hat das Fragerecht der GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Ich möchte gern Herrn Professor Marx noch einmal zu dem Thema der 30-Minuten-Facharztverfügbarkeit fragen:

Und zwar sind Sie ja Autor einer Leitlinie der DGAI. Dort ist für den Bereich „Telemedizin in der Intensivmedizin“ gefordert, dass eine Facharztverfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten zu gewährleisten ist. Dazu würde ich Sie einfach noch einmal bitten, auszuführen. Sie werden ja sicherlich gute Gründe dafür gehabt haben, dieses Zeitfenster dort zu definieren.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, GKV-SV! – Herr Professor Marx.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielen Dank für die Frage. – Dieser Ansatz hat sich an den Gegebenheiten orientiert, denen wir auch vor Ort in unseren Kliniken Rechnung tragen, dass wir unmittelbar, also innerhalb dieser Zeit, entsprechend auch fachärztliche und intensivmedizinische Expertise, also eine Zusatzqualifikation, zur Verfügung stellen und das dann dementsprechend auch auf die telemedizinische Versorgung übertragen, dass man eben einen erfahrenen Intensivmediziner, sprich Facharzt mit Zusatzqualifikation, in diesem Zeitrahmen auch in den angeschlossenen Häusern zu Verfügung stellt, um dann entsprechend intensivmedizinische Fragestellungen, die ja auch mal zeitkritisch sein können, entsprechend auch in der richtigen Zeit mit der richtigen Erfahrung beantworten zu können und die notwendigen medizinischen Konsequenzen heranzuziehen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Haben Sie eine Nachfrage, GKV-SV?

**GKV-SV:** Nein, Danke schön!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Ich sehe gerade die DKG.

**DKG:** Ich habe eine zweiteilige Frage an Herrn Professor Marx und Herrn Professor Pfeifer.

Zum einen noch einmal die Frage zur 30-minütigen Verfügbarkeit: Ist es sachgerecht, wenn die 30-minütige Verfügbarkeit, so wie sie im Vorschlag A im allgemeinen Teil dargestellt wurde, nicht rund um die Uhr 24 Stunden, egal welche telemedizinische Leistung angewendet wird, dass dann keine telemedizinische Leistung mehr möglich ist. Also wenn man nicht für alle telemedizinischen Leistungen eines Zentrums rund um die Uhr 24 Stunden, eine 30-minütige fachärztliche Verfügbarkeit, also auch nicht den Assistenzarzt, zur Verfügung stellt, dann ist man sozusagen nicht berechtigt, diese Leistung vergütet zu bekommen. Ist das aus Ihrer Sicht sachgerecht?

Der zweite Teil meiner Frage bezieht sich auch auf die allgemeine telemedizinische Leistungsanforderung, nämlich dass parallel zur Video-Audio-Übertragung nach Vorschlag A Zugriff auf die Originaldaten des Patienten inklusive Bildgebung zur Verfügung stehen muss und es keine andere Möglichkeit gibt, entsprechende Patientendaten vorzuhalten.

Das würde bedeuten, wenn man als telemedizinischer Leistungserbringer nicht den direkten Zugriff auf die Originaldaten des Patienten hat, dass man dann auch keine telemedizinische Leistung durchführen kann. Also alternative Informationswege wären ausgeschlossen. Halten Sie das für sachgerecht. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, DKG! – Der erste Teil ging an Herrn Marx. Zweiter Teil auch zunächst einmal an Herrn Marx und dann auch an die anderen.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielen Dank für die Frage.

Bezogen auf die 30 Minuten: Ich denke, dass es hier einen klaren Unterschied zwischen Intensivmedizin und den anderen medizinischen Fachbereichen gibt. Zumindest nach meiner Einschätzung ist Intensivmedizin hier ein Sonderfall. Hier gibt es tatsächlich rund um die Uhr

immer wieder die Situation, dass sehr schnell eine entsprechende Fachexpertise dem Patienten zur Verfügung gestellt werden muss. Also hier sind meines Erachtens die 30 Minuten eine sinnvolle Maßnahme, aber nicht für die anderen Bereiche.

Wie Herr Kollege Pfeifer und Herr Gummert auch schon ausgeführt haben, muss man da ganz klar differenzieren. Das wäre nicht notwendig und letztendlich auch schwer darstellbar, aber wirklich auch einfach nicht notwendig. In der Intensivmedizin ist das eben etwas anderes.

Bezogen auf die Daten: Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich Ihre Frage richtig verstanden habe, aber es ist eigentlich selbstverständlich, wenn man entsprechende Telemedizin benutzt, um sozusagen Expertenwissen dem Patienten zukommen zu lassen, dass man natürlich auch möglichst die Informationen zur Verfügung hat, sprich auch die Bildgebung und auch die Daten. Das ist allerdings nach meiner Einschätzung heutzutage technisch auch keine große Herausforderung mehr.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Marx. – Herr Gummert noch dazu.

**Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG):** Ich wollte mich noch einmal zu Wort melden, weil ich vorhin möglicherweise missverstanden wurde.

Ich glaube wirklich, dass im Bereich der Intensivmedizin aus meiner Sicht auch 60 Minuten ausreichend sind, weil die Situationen, dass man via Telemedizin zwingend innerhalb von 30 Minuten einen Patienten aus der Ferne dann beurteilt, halte ich ehrlich gesagt zumindest aus meiner Erfahrung für etwas unrealistisch.

Das wäre ja eine Situation, wo einige Ärzte, die kaum Zeit haben, sich um den Patienten kümmern, dann via Telemedizin noch mit jemanden darüber diskutieren: Sollen wir dieses ein bisschen mehr so machen oder so machen?

Sondern es geht erst einmal aus meiner Sicht um Stabilisierung. Dann kann man gucken, wie man den Patienten weiterhilft. Das ist zumindest so meine Erfahrung. Deswegen hatten wir einfach gesagt: 60 Minuten halten wir für weitaus realistischer. Wobei wir jetzt ja nicht um 30 Minuten feilschen müssen. Ich glaube, das ist auch nicht ganz so sinnvoll. Aber ich glaube, 60 Minuten sind aus der klinischen Perspektive im Bereich der Intensivmedizin absolut realistisch.

Zu den anderen Disziplinen – Rheumatologie wurde erwähnt – würde ich jetzt nicht wagen, irgendetwas zu sagen. Aber nach allgemeinem Verständnis, glaube ich, dass es da natürlich noch sehr viel mehr Zeit geben kann, um so etwas dann telemedizinisch zu beantworten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Gummert. – Jetzt hat sich auch dazu noch Herr Professor Pfeifer gemeldet. – Bitte schön, Herr Pfeifer.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP):** Meine Antwort bleibt sehr kurz, weil die Kollegen das schon klar beantwortet haben.

Zu der Frage, ob das sachgerecht ist: Außerhalb der Intensivmedizin ist es nicht sachgerecht, dass ich 24 Stunden sieben Tage lang einen entsprechenden Facharzt vorhalten muss, um telemedizinische Beratung in Fächern wie Rheumatologie, auch bei uns in der Pneumologie, zu machen.

Der zweite Punkt war der Zugriff auf die Originaldaten: Ich glaube, es ist selbstredend, wenn ich eine telemedizinische Beurteilung mache, dann brauche ich, zumindest was die bildgebenden Daten betrifft, die Originaldaten. Sonst macht es keinen Sinn. Anhand einer reinen Beschreibung eines Befundes kann ich sicherlich keine vernünftige Beratung machen.

Was die weitere Akteneinsicht anbelangt, also die anderen Befunde, die im Rahmen eines stationären Aufenthalts erhoben werden, sehe ich das technisch im Moment noch etwas kritisch. Aber diese Daten müssen zur Verfügung stehen. Die können auch anders vermittelt

werden, müssen aber nicht durch einen direkten Zugriff des telemedizinischen Zentrums auf das KIS-System des Anfragenden gewährleistet sein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Pfeifer. – Herr Professor Ertl hat sich noch gemeldet.

**Herr Prof. Dr. Ertl (DEGIM):** Eigentlich sind wir ja schon so ein bisschen in der Diskussion: Wie sollen in Zukunft diese Zentren aussehen?

Vielleicht nur eine Anmerkung dazu: Die Kopplung an bestehende Organzentren unkritisch vorzunehmen, halte ich für nicht sinnvoll. Das ist jetzt mehrfach herausgekommen, dass beispielsweise ein Rheumazentrum nicht ohne Weiteres geeignet sein wird, intensivmedizinische Telemedizin zu machen.

Also das nur noch einmal zur Diskussion auch für Sie: Wenn hier Intensivmedizinische Zentren für die Zukunft entwickelt werden sollen – und das begrüßen, glaube ich, alle hier –, dann müssen die spezifisch für die Intensivmedizin entwickelt werden und selbstverständlich interdisziplinär alle Organfachleute mitberücksichtigen, und da muss man in der Richtung auch eine Qualitätssicherung machen. – Danke schön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Ertl. – Ich sehe dazu jetzt keine Wortmeldungen mehr von den Stellungnehmern. Ich frage die DKG: Ist Ihre Frage damit beantwortet?

**DKG:** Ja, Danke schön!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Jetzt habe ich die Patientenvertretung.

**PatV:** Im Nachgang zu dem, was Sie jetzt gerade alle diskutiert haben, stellt sich mir folgende Frage: Mit der Neuregelung, mit dem Vorschlag für die Neuregelung in § 3 hat man ja versucht, allgemeine Anforderungen an telemedizinische Leistungen aus dieser COVID-besonderen Versorgungsform herauszunehmen. Aber in dieser Regelung in § 3 steht jetzt, dass es sich um Televisiten handelt, also Behandlungen am Patienten. Sie sprechen aber hier alle von telemedizinischen Leistungen.

Meine Frage lautet: Macht es nicht dann Sinn, dass dieser § 3, also diese allgemeinen Anforderungen an besondere Aufgaben, hier noch etwas konkretisiert werden müssten? Einmal die Unterscheidung zwischen Televisite und Telemedizin und die Anforderungen an die Verfügbarkeit der Fachärztlichkeit, wie der Zuschnitt für verschiedene Indikationsbereiche. Mir scheint, dass diese allgemeine Formulierung, so wie sie jetzt ist, die sich nur auf Visiten bezieht, dann für die Diskussion hier nicht mehr ganz passt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Patientenvertretung. – Wer möchte dazu antworten? Das war eine Frage an alle. Es winkt noch nicht einmal jemand. – Herr Marx, Sie winken immer.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Ich winke schnell. Entschuldigung!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nein, ich bin ja froh, dass wenigstens einer gewunken hat. – Dann kommt jetzt Herr Pfeifer.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP):** Ich nehme das einmal auf mich. – Vielen Dank für die Frage, Patientenvertretung. Aber ich glaube nicht, dass wir das weiter konkretisieren müssen, weil sich das ineinander ergänzt. Das ist nicht entweder-oder, sondern das richtet sich nach dem

entsprechenden Fall, ob ich jetzt eine telemedizinische Beratung oder tatsächlich eine Televisite mache. Das bedeutet, dass ich mit demjenigen einen Patienten anschau.

Ein Beispiel aus der Praxis: Ein Hautkliniker, der berät, will natürlich den Hautbefund sehen. Da nützt es nichts, wenn ich mit dem nur rede. Also insofern würde ich da jetzt keinen Widerspruch sehen. Sondern das sind ergänzende Methoden, und ich würde es auch nicht weiter im Text konkretisieren.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Pfeifer.

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Wenn ich gleich ganz kurz ergänzen darf, Herr Hecken?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, bitte, Herr Professor Marx!

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Ich bin ganz bei Herrn Pfeifer. – Vielleicht noch aus der Erfahrung aus den bisherigen telemedizinischen Aktivitäten im Intensivbereich:

Es hat sich wirklich gezeigt, dass es sehr wichtig ist, dass man nicht nur mit Kollegen über einen Patienten spricht, sondern sich gemeinsam bei dem Patienten aufhält und den auch klinisch in Augenschein nimmt. Durch das Zusammenspiel von Daten und den Informationen plus dem klinischen Eindruck berät man dann gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen die besten diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen, die dann natürlich vor Ort entsprechend verantwortlich getroffen werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank!

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielleicht noch ein Punkt, Patientenvertretung: – Es ist halt so, dass wir oft mehrfach die Patienten sehen, also an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen die Kollegen dort unterstützen. Das ist oftmals nicht nur ein einmaliges Ereignis. Manchmal schon, aber auch oftmals sind es an mehreren Tage aufeinander. Und gerade das hat sich auch bewährt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja. Herzlichen Dank, Herr Professor Marx. – Ich habe die Wortmeldung der DKG gesehen, also Sie sind als Nächstes dran. – Aber ich habe jetzt einfach nur eine Lernfrage.

Wir sprechen jetzt also über Organzentren, telemedizinische Leistungen, die von Organzentren unter welchen Voraussetzungen, Rahmenbedingungen wie auch immer, erbracht werden können. Wir haben ja die Grundsatzbeschlüsse, die Zentrums-Regelungen jetzt schon vor geraumer Zeit getroffen.

Meine Frage ist jetzt, insbesondere bezogen auf die Herz- und Lungenzentren: Haben Sie Erkenntnisse darüber, wie jetzt der Grad der Anerkennung durch die Landeskrankenhausplanungsbehörden hier aktuell ist?

Mir ist von verschiedenen Seiten unvalidiert – und vor diesem Hintergrund stelle ich diese Frage hier – zugetragen worden, dass in vielen Fällen eben potentiell mögliche Ausweisungen nicht erfolgt seien, obwohl die Häuser die Anforderungen und diese Voraussetzungen, die wir in den Anlagen statuiert haben, erfüllen.

Die daraus abgeleitete Frage unterstellt, dass die Spezialanforderungen, die jetzt in den beiden Anlagen formuliert worden sind, so in Kraft treten würden: Wie viele Herz- und Lungenzentren würden nach Ihrer Einschätzung diese Anforderungen, bezogen auf die speziellen telemedizinischen Gegebenheiten, dann erfüllen? – Damit ich einfach ein Gefühl dafür habe, über welche Quantitäten wir hier sprechen.

Das weitere Problem wäre, was sich stellen würde: Wenn man diese Intensivmedizinischen Zentren in irgendeiner anderen Form verstetigen würde, müsste man sie ja zwangsläufig aus dieser Sonderstellung, die aus der COVID-Notlage resultiert ist, herausnehmen.

Wir haben ja damals gesagt, dass wir aus tiefstem Herzen die Krankenhausplanungshoheit der Länder als heiliges Gut der bundesrepublikanischen Verfassungsgeschichte anerkennen und respektieren. Aber wir können jetzt nicht einfach mal eine Krankenhausplanänderung dazwischenschieben. Und deshalb soll das relativ hemdsärmelig implementiert werden.

Wenn hier über weitere Diskussionen dann eine veränderte verlängerte Geltung in Betracht käme, würde mich interessieren, aus den Erfahrungen, die Sie zu den Anlagen 3 und 5 gemacht haben, was die Hauptargumentationen der Länder sind, bestimmte Zentren, obwohl sie die Voraussetzungen erfüllen, nicht am Ende in den Krankenhausplänen auszuweisen.

Da wären vielleicht mal die Herzleute und die Lungenleute gefragt. Denn das ist, was mich im Moment am meisten bewegt, ohne damit die rheumatologischen Zentren in irgendeiner Weise zu desavouieren. Gibt es dazu Erfahrungswerte?

Wir hatten ja am Anfang mal so eine Extrapolation gemacht und haben gesagt: Wir können in Deutschland 28 Herzzentren betreiben, in NRW können es fünf oder sechs sein. Können Sie mir dazu irgendetwas berichten? Oder ist das für Sie auch eher eine Blackbox und Sie haben darüber keine Zahlen? – Herr Professor Gummert hatte sich gemeldet, Herr Stockburger, Herr Pfeifer und die DKG.

**Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG):** Zu der ersten Frage, Herr Hecken: Unserer Fachgesellschaft wurde eigentlich eher zurückgemeldet, dass sämtliche Bundesländer relativ großzügig den Status „Herzzentrum mit besonderen Aufgaben“ vergeben. Uns ist kein einziger Fall bekannt, wo ein Zentrum nicht ausgewiesen werden soll, obwohl es die Vorgaben erfüllt. Von daher sehe ich da kein Problem.

Der zweite Punkt: Die jetzt vorgeschlagenen Änderungen betreffen nach meinem Verständnis nur eine Option. Das heißt also, wenn man telemedizinische Leistungen erbringen möchte, dann sollen diese Vorgaben greifen. Das heißt, ich würde da auf keinen Fall eine Gefahr sehen, dass irgendein Zentrum deswegen nicht als „Herzzentrum mit besonderen Aufgaben“ ausgewiesen würde, wenn das in dieser Form verabschiedet würde.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, Herr Gummert, dann habe ich mich wie üblich missverständlich ausgedrückt. Das war nicht meine Frage.

Ich wollte wissen, ob Sie aufgrund Ihrer Gespräche mit Kollegen oder im Zuge der Ausarbeitung der Stellungnahme einschätzen könnten, wie viele von den existierenden Herzzentren oder Lungenzentren add on dann die Voraussetzungen erfüllen können, um add on zu den bisherigen Zentrumsleistungen dann auch telemedizinische Leistungen vergütet zu bekommen. Denn es geht ja in der Tat – und das will ich hier auch noch einmal unterstreichen – nicht um die Frage: Bin ich Herzzentrum oder bin ich Lungenzentrum? Sondern es geht um die Frage: Kann ich dann als Herz- oder Lungenzentrum telemedizinische Leistungen, in welchem Umfang auch immer, zusätzlich erbringen und auch abrechnen?

**Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG):** Okay, da würde ich klar sagen, dass es wahrscheinlich nur sehr wenige Herzzentren gibt, die allein über die Logistik verfügen würden, das zu machen.

Sie wissen, dass in Nordrhein-Westfalen das virtuelle Krankenhaus schon längst über die Gründungsphase hinaus entwickelt wurde. Unsere Geschäftsführerin ist gleichzeitig auch Geschäftsführerin des virtuellen Krankenhauses.

Aus dieser Perspektive heraus würde ich denken, dass in Nordrhein-Westfalen wahrscheinlich aktuell – Klar, Aachen und Münster haben diese Infrastruktur; im Herzzentrum in Bad

Oeynhausens wird diese Infrastruktur gerade aufgebaut, um solche Beratungsleistungen zu erbringen. Das heißt also, in Nordrhein-Westfalen sind es aktuell, glaube ich, diese drei Kliniken. – Aber Herr Marx, Sie können mich da sicherlich noch korrigieren.– Aber das ist so meine Einschätzung. Aus den anderen Bundesländern ist mir das nicht bekannt, auch nicht im Rahmen der Fachgesellschaft.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Herr Marx, haben Sie eine Ergänzung?

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Nein, keine Ergänzung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay. – Dann haben sich Herr Professor Pfeifer, die DKG und Herr Dr. Kochanek gemeldet.

**Herr Dr. Stockburger (DGK):** Ich würde gerne für die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie im Verlauf der Anhörung vielleicht auch noch etwas dazu sagen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja. Bitte schön, Herr Stockburger. Dann nehme ich Sie als Erstes dran.

**Herr Dr. Stockburger (DGK):** Vielen Dank! – Die großen kardiologischen Abteilungen befinden sich im Moment in einem großen Dilemma. Ich glaube, viele sind eigentlich von ihrer Kompetenz her tatsächlich inhaltlich in der Lage, auch vernetzte Beratungsleistungen, Visitenleistungen anzubieten. Wobei ich Ihnen dazu keine genaue Zahl nennen kann. Das müsste man zusammentragen.

Das große Problem ist aber, dass wir natürlich im Prinzip in den Startlöchern standen – Sie kennen ja das große Thema des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz – und jetzt aber feststellen, dass das natürlich komplett der KV-Versorgungswelt regulatorisch zugeordnet wurde. Sodass da eigentlich gerade die Herzzentren außen vor sind, weil sie sich da im Moment jedenfalls, so wie im Moment gerade die Umsetzung aussieht, gar nicht gut beteiligen können oder nur mit großen Schwierigkeiten.

Ansonsten könnte man natürlich große Synergien schöpfen aus der Koordination auch des Telemonitorings im Bereich der Herzinsuffizienz, wenn man das an den großen kardiologischen Zentren ansiedeln würde und dann auch mit der Beteiligung an vernetzten Organzentren koordiniert. Das wäre eigentlich wunderbar, wenn wir das schaffen könnten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Stockburger. – Da hat es ja in den letzten Wochen und Tagen auch schon diverse Gespräche gegeben, die sich mit dieser von Ihnen adressierten Fragestellung befassen, wo man möglicherweise in einem ersten Schritt über den vertragsärztlichen Bereich hinaus, diese zentralen – ich nenne das immer Leitstellen – für dieses Telemonitoring bei kardialen Implantaten, ansiedeln kann. Die Diskussionen laufen ja im Augenblick. – Herr Professor Pfeifer, die DKG und Herr Kochanek.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP):** Für die Lungenzentren kann ich antworten, dass grundsätzlich die Anerkennung der Lungenzentren in Deutschland sehr schleppend verläuft. Das ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Wir hier in Bayern haben inzwischen zwei ausgewiesene Lungenzentren. Die telemedizinische Kompetenz ist partiell vorhanden. Was die Übertragung von Bildern betrifft, funktioniert das in allen diesen Zentren unkompliziert.

Was ansonsten die Infrastruktur angeht wie beispielsweise Aufbau einer Televisite, sind diese ganzen Zentren sicherlich technisch noch nachzurüsten. Aber das ist ein Akt, der von der Technik her innerhalb von wenigen Monaten zu etablieren ist und woran auch die Zentren inzwischen schon arbeiten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Patientenvertretung, ich habe gesehen, dass Sie gewunken haben. Ich habe Sie als Nächstes auf der Rednerliste nach der DKG und Herrn Kochanek. Wollten Sie eine Zwischenfrage stellen, Patientenvertretung? Okay. Also Sie sind nicht untergegangen. Die Zettelwirtschaft funktioniert noch einigermaßen. – Jetzt habe ich die DKG.

**DKG:** Ich wollte die Frage beantworten in Bezug auf die Zentrenausweisung, wie es da im Moment steht: In Nordrhein-Westfalen hat das ganze Ende letzten Jahres doch ziemlich Fahrt aufgenommen. Wir hatten bis zu dem Zeitpunkt nur Ausweisungen im Bereich Herz. Inzwischen sind auch viele andere Zentren ausgewiesen.

In Bezug auf die beiden Zentren, die Sie angefragt haben, ist die Situation so, dass für Nordrhein-Westfalen noch keine Lungenzentren ausgewiesen worden sind. Es sind zwei Herzzentren ausgewiesen worden. Eines davon ist die Klinik von Herrn Professor Gummert.

In Bezug auf die telemedizinische Unterstützung im Bereich der Intensivmedizin für COVID-19 haben das in Nordrhein-Westfalen Aachen und Münster gemacht. Die sind beide nicht Herzzentrum und auch nicht Lungenzentrum. So ist der Stand im Moment.

Das Herzzentrum in Bad Oeynhausen ist aber im virtuellen Krankenhaus mit der schweren therapierefraktären Herzinsuffizienz mit am Start und bereitet sich dort entsprechend vor.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Wenn ich da nur eine Interessensfrage stellen dürfte, die Sie nicht beantworten müssen, weil mich die krankenhausplanerischen Entscheidungen des Landes Nordrhein-Westfalen natürlich überhaupt nichts angehen:

Sie haben – das war auch der Hintergrund meiner Frage – zwei Herzzentren ausgewiesen, obwohl es potentiell nach meinen Extrapolationen mehrere Ausweisungsmöglichkeiten gegeben hätte. Ich weiß jetzt nicht, ob da zufälligerweise auch Aachen dabei gewesen wäre. Manche sagen „Ja“ andere sagen „Nein“.

Ist das auf der Basis regionalpolitischer Entscheidungen oder auf der Basis regionalpolitischer Entscheidungen erfolgt? Hat man hier bewusst Schwerpunkte gesetzt, indem man gesagt hat, dass zwei für eine adäquate Versorgung in diesem telemedizinischen Setting reichen? – Einfach, damit ich die Dinge auch vernünftig einordnen kann. – War das der Punkt?

**DKG:** In Nordrhein-Westfalen war es so, dass man sich zunächst im Gesundheitsministerium Gedanken darüber gemacht, wie viele Zentren man ausweisen will. Und die erste Idee vor jetzt gut zwei Jahren ist gewesen, dass man für die Herzzentren nur in jedem Landesteil ein Zentrum braucht. Inzwischen gibt es dazu eine Diskussion; es geht weiter.

Es gibt mindestens ein Zentrum, was sich dagegen auch gewährt hat, weil sie die Anforderungen ihres Erachtens an der Stelle erfüllen. Ich weiß, dass inzwischen auch Aachen Interesse daran hat, Herzzentrum zu werden. Das hängt natürlich auch damit zusammen, dass man möglicherweise sonst keine Teleintensivmedizin mehr erbringen kann, je nachdem wie die Diskussion hier heute ausgehen wird. Aber es gibt mindestens ein Zentrum, das sich beworben hatte und was bis jetzt nicht die Zuweisung bekommen hat.

Es gibt eine neue Diskussion darüber, ob zwei wirklich ausreichen oder ob man ein Stückchen weiter gehen sollte. Man hat seinerzeit die Schwerpunktsetzung auf die beiden Häuser gelegt, die im Bereich der Herztransplantation die meiste Erfahrung haben.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich frage das deshalb, weil hier einer der Hauptkritikpunkte als wir die Grundzentrums-Regelungen beschlossen haben und dann die rein theoretisch aus unserer Sicht in Betracht kommenden Häuser auch zahlenmäßig quantifiziert hatten, der politische Vorwurf erhoben wurde: Damit käme es zu einer dramatischen Unterversorgung der Patientinnen und Patienten.



Deshalb sind solche nachgelagerten Entscheidungsprozesse für die Bewertung der manchmal relativ spontan geäußerten Kritik wichtig, damit man die dann auch entsprechend einordnen kann, zumindest zwei Jahre später entsprechend einordnen kann. – Danke für diese Klarstellung.

Jetzt habe ich noch Herr Kochanek und dann wäre die Patientenvertretung dran.

**Herr Dr. Kochanek (DGHO):** Vielen Dank, dass ich mich äußern kann.

Ich habe eine Sorge: Mitnichten sehe ich das aus Köln zumindest so, dass wir nicht eine Frage des Könnens der IDV-Zentren haben, sondern es ist eine Frage des Dürfens. So habe ich das zumindest bei der Bewerbung empfunden, als wir uns von Köln aus von der Uniklinik beworben haben, sicher auch mit einem extremen hohen Anteil auch an COVID-Patienten. – Das nur nebenher.

Der andere Punkt ist: Wir unterhalten uns die ganze Zeit letztendlich über unsere große Zielsetzung des virtuellen Krankenhauses. Das ist das, was vielleicht möglicherweise am Ende stehen sollte. Ich sehe nach wie vor Telemedizin als ein Vehikel, um auch zu einer besseren Vernetzung unter den Krankenhäusern, zur Ressourceneinsparung und einer besseren Ressourcenverteilung zu kommen.

Mir ist es schleierhaft, dass wir, egal wie es ist, diese Diskussion unbedingt haben wollen, dass wir es an irgendwelche Zentren oder an Schwerpunktkrankenhäuser oder Unikliniken anbinden sollten. Sondern wir sollten das doch eher an die fachspezifischen Gegebenheiten an den entsprechenden großen Kliniken – ich lass extra das Wort Zentren weg – anbinden.

Mir ist wichtig, auch noch einmal im Rahmen der DGHO folgendes mitzuteilen: Wir führen schon seit langen Jahren Tumorboards und auch sonstige onkologische Beratungen im ähnlichen telemedizinischen Setting durch. Und das funktioniert sehr gut. Ich glaube auch, man sollte das nach wie vor fachgebunden nehmen und nicht so sehr an irgendwelche Zentren binden. Das ist aus meiner Sicht sehr wichtig.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Kochanek!

Damit hier kein Missverständnis aufkommt: Wir diskutieren hier nicht über das virtuelle Krankenhaus als Vision des Landes Nordrhein-Westfalen, möglicherweise als Vision für die gesamte Bundesrepublik. Sondern es geht hier speziell darum, bestimmte zusätzliche Leistungen an bestehenden Zentren anzusiedeln oder nicht. Das hindert in keinsten Weise – und das erzählt Herr Wörmann auch jeden Tag aus der Versorgungspraxis –, das, was heute über konsiliarische Inanspruchnahmen et cetera pp. geht, in irgendeiner Form zu stören. Sondern hier geht es ganz konkret darum, ob bestimmte Adressaten für eine bestimmte Leistung, für eine bestimmte Infrastrukturvorhaltung jetzt einmal in einem ersten Schritt konkret mehr Geld bekommen. Punkt!

Wie das in Zukunft fortentwickelt werden kann – dass man Digitalisierungspotentiale nutzen muss, ist klar. – Wenn ich mir anschau, wie die demographische Entwicklung ist – immer mehr alte Multimorbide, immer weniger Erwerbsfähige; wenn ich mir die Personalsituation in Krankenhäusern, in der Niederlassung anschau –, werden wir über solche Modelle diskutieren müssen. Das ist ganz selbstverständlich, weil wir nicht mehr an jedem Ort alles in der Form – allein wegen der Personalressourcenknappheit – vorhalten können.

Hier haben wir jetzt diese von uns definierten Zentren. Ich möchte jetzt fokussiert darüber diskutieren: Macht es Sinn, dort so etwas anzusiedeln? Oder sagen die Experten: Nein, das macht fachlich keinen Sinn. Oder es macht keinen Sinn, weil die Anforderungen so sind, dass es eh keiner erfüllen kann. Dann brauchen wir es auch nicht zu beschließen.

Dieser Vorschlag A war von mir eben auch der Versuch, um zu sagen: Wie kann man einen Schritt von dieser COVID-Sonderlösung in die Regelversorgung tun, damit man bestimmte

Dinge aus dieser Sondersituation herausbringt und zunächst einmal an Zentren mit besonderer Exzellenz implementiert? Und was dann ein zweiter, dritter, vierter Schritt ist, ist etwas anderes. Nur damit wir das einordnen.

Wenn wir hier über die Zentren reden, ist damit nicht das letzte Wort über Telemedizin gesprochen. Das ist ganz selbstverständlich. Das ist mir ganz wichtig, dass das hier eben herauskommt. – Jetzt hatte sich die Patientenvertretung gemeldet und dann die DKG.

**PatV:** Ihre Frage, Herr Hecken, war ja, ob das Sinn macht, dass man diese besonderen telemedizinischen Leistungen speziell an die jetzt definierten Kliniken anbindet und man damit genügend Ressourcen für die telemedizinische Versorgung sozusagen in den gesamten Netzen hat.

Wenn ich mir das Berliner Beispiel anschau: Dort ist bewusst das IDV-Zentrum nicht am Herzzentrum und nicht am Lungenzentrum angebunden worden, sondern als Interdisziplinäres Intensivmedizinisches Zentrum mit besonderen koordinierenden Aufgaben und so weiter dazwischengesetzt worden.

Wenn wir jetzt den Weg gehen würden, dass wir es an die bestehenden Zentren anbinden, dann würde die Möglichkeit verwehrt, die Erfahrungen aus diesem Modell genauer anzuschauen, ob es Sinn macht, auch interdisziplinäre Lösungen in diese Zentrums-Regelungen mit einzufädeln. Deswegen setzen wir uns dafür ein, dass man beides – also sowohl A als auch B – in dem Beschlussentwurf möglich macht. – Das ist das, was ich hier gerne noch einmal in die Diskussion mit einbringen möchte.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Patientenvertretung. Wir nehmen diese Feststellung, die in eine sich selbst beantwortende Frage gekleidet war, zur Kenntnis. – Ich gebe jetzt das Fragerecht an die DKG weiter.

Ich bitte die anderen, die noch Fragen haben, sich zu melden, weil wir dann irgendwann auch einmal zum Schluss kommen sollten. Ich glaube, wir drehen uns auch langsam so ein bisschen im Kreis. – Die DKG, bitte.

**DKG:** Das ist noch einmal eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, an Herrn Professor Gummert, daraus begründet, dass Sie, wie gesagt, die einzige Fachgesellschaft waren, die sich zu diesen Änderungen auch noch einmal geäußert hat:

Sie haben sich eben auch zu der neuen besonderen Aufgabe in den Herz- und in den Lungenzentren geäußert. Und Sie hatten diese Fallzahl kritisiert, wo 100 vollstationäre Fälle mit Nebendiagnose SARS-CoV-2 festgeschrieben wurde. Sie hatten gefordert, das um 50 zu verringern. Könnten Sie hier noch einmal begründen warum?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Gummert.

**Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG):** Vielen Dank für die Frage. – Die Herzzentren, die Patienten mit einer COVID-Erkrankung behandeln, sind in der Regel Zentren, die sehr viel mit der ECMO-Therapie machen. Erfahrungsgemäß ist es so, dass die Patienten mit ECMO-Therapie oder maximal invasiver Beatmung natürlich sehr viel länger in einer Klinik liegen als Patienten, die nicht beatmet werden müssen oder Patienten, die relativ rasch unter Umständen von der Beatmung wieder entwöhnt werden können.

Deswegen hatten wir innerhalb der DGTHG diskutiert, dass es unter Umständen sinnvoller ist, nicht auf die Anzahl der Fälle abzustellen, sondern vielmehr auf die Behandlungstage. Oder man reduziert die Zahl auf 50 Fälle. Da das ja isoliert die Herzzentren betrifft, glaube ich auch

nicht, dass es problematisch sein würde, dass jetzt Zentren, die eine solche Beratungsleistung nicht erbringen können, das dann machen würden.

Eine Analogie ist vielleicht, dass es ja einen Bonus für Kliniken gab, die eine bestimmte Anzahl von Patienten mit einer COVID-Erkrankung behandelt haben. Zumindest in unserer Region ist es auch durchaus häufiger passiert, dass zwar die Kliniken eine extrem hohe Last mit der COVID-Patientenversorgung hatten, das es sich aber nicht in der Fallzahl widerspiegelt hat, sondern in den Behandlungstagen. Das ist vielleicht eine ganz gute Analogie, um zu verstehen, warum wir diesen Vorschlag gemacht haben.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Gummert. – DKG, haben Sie noch eine Nachfrage oder eine weitere Frage?

**DKG:** Nein, vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Pfeifer hat sich aber noch gemeldet.

**Herr Prof. Dr. Pfeifer (DGP):** Vielen Dank noch einmal! – Vielleicht darf ich noch einmal Ihre Frage beantworten, ob wir telemedizinische Zentren für sinnvoll erachten: Ja, wir sehen das unter der Voraussetzung für sinnvoll, dass die Struktur entsprechend an den Möglichkeiten angepasst ist und dass die Vergütung gewährleistet ist. Das ist eine besondere Leistung, die in den Kliniken Ressourcen fordert. Das wird sich auch nur durchsetzen, wenn die entsprechende Gegenfinanzierung vorhanden ist.

Aber die eindeutige Antwort zu Ihrer Frage, jetzt unabhängig von der COVID-Situation, unabhängig von der Intensivmedizin – Sie haben ja gefragt, ob grundsätzlich in den Zentren telemedizinische Leistungen als besondere Aufgabe mit aufgenommen werden sollten: Ja!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, das ist ja der eine Teil des Regelungsvorschlages. Also wir haben hinten die COVID-Sonderregelungen und vorne immer die allgemeinen Regelungen. Ich wollte mich jetzt nur noch einmal vergewissern, ob das ein Einfall war, den ich – sage ich mal – im Fieberwahn bekommen habe, weil sich das mir als Juristen nach den Diskussionen, die wir in den letzten Jahren geführt haben, eigentlich als sinnvolle Ergänzung erschlossen hat.

Deshalb war ich so ein bisschen verwundert, dass in den Stellungnahmen ein bisschen Detailkritik geübt wurde, aber es in vielen eben ganz ignoriert wurde und gesagt wurde: Wir müssen jetzt die eine Nummer durchziehen, und wir müssen die Intensivmedizinischen Zentren aufbauen, und der ganze andere Rest interessiert eigentlich. – Also ich verkürze das jetzt einmal dramatisch. Aber bei flüchtiger Lektüre der Stellungnahmen hätte dieser Eindruck entstehen können. Da ich aber nicht flüchtig lese, ist der selbstverständlich nicht entstanden. Sie haben mir bei dieser Selbstvergewisserung jetzt noch einmal geholfen, Herr Pfeifer. – Danke schön!

Okay, jetzt schaue ich noch einmal in die Runde: Patientenvertretung, haben Sie noch eine Frage?

**PatV:** Im Moment nicht, vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Deutsche Krankenhausgesellschaft, haben Sie noch Fragebedarf? DKG, ich sehe Sie, aber ich höre Sie nicht. Dann frage ich den GKV-SV?

**GKV-SV:** Nein, Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann frage ich die Ländervertretung.

**LV Bayern:** Nein, Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Hat das BMG noch irgendwelche Fragen?

**BMG:** Nein, keine Fragen. Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Dann würde ich jetzt einfach mal locker, obwohl wir jetzt schon deutlich überzogen haben, aber es ist ein sehr wichtiges Thema, die Experten fragen:

Gibt es noch irgendeinen Gesichtspunkt, den wir jetzt in der vergangenen einen Stunde und 21 Minuten nicht adressiert haben, der aus Ihrer Sicht noch darüber hinausgeht, was Sie auch in Ihren Stellungnahmen schon geschrieben haben, der adressiert werden müsste, dann bitte ich Sie jetzt, mir im Chat noch kurz ein „W“ zu schreiben. Ansonsten würde ich die Anhörung beenden. – Ich sehe kein „W“ mehr.

Dann bedanke ich mich bei Ihnen allen ganz herzlich zum einen für die Stellungnahmen, zum anderen auch für Ihre persönliche Anwesenheit. – Ich habe heute Morgen gesagt, dass wir heute doch ein Stückweit den größten Teil der Elite der bundesrepublikanischen Medizin hier in dieser Anhörung gehabt haben. Das zeigt, dass Sie das Thema auch wichtig nehmen, das für die Gesundheitsversorgung in der Zukunft natürlich von elementarer Bedeutung ist.

Danke, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, sich mit unseren Entwürfen auseinanderzusetzen, hierzu Stellung zu nehmen und uns die Fragen zu beantworten. Wir werden das, was hier diskutiert worden ist, selbstverständlich in den weiteren Entscheidungsprozessen einbeziehen.

Ich schließe an dieser Stelle die Anhörung. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen restlichen Arbeitstag.

Schluss der Anhörung: 12:21 Uhr

**4. Beschlussfassung**

[...]

**4.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V**

[...]

## **4.2 Beschluss**

Veröffentlicht im Bundesanzeiger am xx. Monat 2022 (BAnz AT 2xxxx)