

# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Änderung der Zentrums-Regelungen:  
Zentren für Intensivmedizin, rechtsförmliche Änderungen

Vom 19. Oktober 2023

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Änderung Anlage 5 – Herzzentren</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>§ 1 Absatz 7 (neu)</b> .....	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Änderung Anlage 7 – Lungenzentren</b> .....	<b>2</b>
<b>3.1</b>	<b>§ 1 Absatz 1 Nummer 4</b> .....	<b>2</b>
<b>3.2</b>	<b>§ 1 Absatz 6 (neu)</b> .....	<b>2</b>
<b>4.</b>	<b>Anlage 11 – Zentren für Intensivmedizin (neu)</b> .....	<b>2</b>
<b>4.1</b>	<b>§ 1 Qualitätsanforderungen</b> .....	<b>3</b>
4.1.1	Absatz 1 – Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen.....	3
4.1.2	Absatz 2 – Forschungstätigkeit.....	7
4.1.3	Absatz 3 – Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung.....	7
4.1.4	Absatz 4 – Kooperationen.....	7
4.1.5	Absatz 5 – Mindestfallzahlen.....	8
4.1.6	Absatz 6 – Anforderung an die Telemedizinereinheit.....	8
<b>4.2</b>	<b>§ 2 Besondere Aufgaben</b> .....	<b>9</b>
<b>5.</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>12</b>
<b>6.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>13</b>
<b>7.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>14</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 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. Änderung Anlage 5 – Herzzentren**

### **2.1 § 1 Absatz 7 (neu)**

Bei den Regelungen in Absatz 7 handelt es sich um die Umsetzung eines rechtsaufsichtlichen Hinweises. Mit Schreiben vom 10. Mai 2022 hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den G-BA um Prüfung gebeten, ob die Voraussetzungen für die Übernahme der besonderen Aufgabe § 2 Nummer 5 der Anlage 5 bzw. § 2 Nummer 6 der Anlage 7 „Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen“ aus rechtssystematischen Gründen besser jeweils in § 1 der Anlagen 5 und 7 unter Qualitätsanforderungen geregelt werden sollten.

## **3. Änderung Anlage 7 – Lungenzentren**

### **3.1 § 1 Absatz 1 Nummer 4**

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

### **3.2 § 1 Absatz 6 (neu)**

Siehe Ausführungen zu 2.1.

## **4. Anlage 11 – Zentren für Intensivmedizin (neu)**

Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die bestehenden Zentrums-Regelungen erweitert werden. Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V hat am 21. Januar 2022 zum Projekt Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC) (01NVF16011) beschlossen, dass die im Projekt erzielten Erkenntnisse an den Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA weitergeleitet werden und dieser die Erkenntnisse aus dem Projekt zeitnah im Rahmen seiner Zuständigkeit prüfen solle [4]. Dabei beschränkt sich die Umsetzungsempfehlung aus dem Ergebnisbericht zum Projekt ERIC auf die -Vergütung der sogenannten „Audio-visuellen Televisite als ‚Round-and-Response‘“ als komplexe Intervention (im Folgenden: telemedizinische Visite), da hier Hinweise für eine Verbesserung der Behandlungsqualität in der Akutphase der intensivmedizinischen Versorgung vorliegen [7]. Der G-BA hat

sich in der Folge für die Aufnahme einer neuen Anlage zu Zentren mit besonderen Aufgaben und Qualitätsanforderungen im Bereich der Intensivmedizin entschieden.

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

#### **4.1 § 1 Qualitätsanforderungen**

Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsvoraussetzungen voraus.

##### **4.1.1 Absatz 1 – Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen**

###### **Nummer 1 – Spezielle Vorhaltung**

Das Zentrum für Intensivmedizin hält mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit der invasiven Beatmung vor. Die Zahl von 30 Intensivbetten ist notwendig, um eine entsprechende Erfahrung bei der intensivmedizinischen Versorgung zu gewährleisten. Zudem verfügen entsprechende intensivmedizinische Einheiten dieser Größe auch regelmäßig über das erforderliche Personal, um neben der Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten noch besondere Aufgaben, insbesondere die tägliche Beratung anderer Krankenhäuser, übernehmen zu können. Das Zentrum für Intensivmedizin kann aus mehreren Intensivtherapiestationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten bestehen. Räumlich müssen diese nicht zwangsweise auf der gleichen Ebene (Stockwerk) im Krankenhausstandort befindlich sein, solange sowohl Betrieb als auch Erreichbarkeit jederzeit (24/7) sichergestellt sind.

###### **Nummer 2 – Ärztliche Leitung**

Fachärztinnen und Fachärzte, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ berechtigt sind, verfügen aufgrund der im Rahmen der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse über eine besonders fundierte intensivmedizinische Qualifikation und eine inhaltliche Fokussierung auf die Behandlung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten. Die entsprechende Qualifikation in der Leitungsfunktion hat nachweislich einen positiven Effekt in Form einer Reduzierung der Sterblichkeit, Verkürzung der intensivmedizinischen Liegezeit sowie einer Verringerung von Komplikationen. [3]

Die Leiterin oder der Leiter des intensivmedizinischen Zentrums verfügt über die volle Weiterbildungsermächtigung ihres bzw. seines Fachgebietes. Die Formulierung der Vorhaltung der „jeweilige[n] Facharztweiterbildung“ bezieht sich auf die grundlegende Teilgebietsbezeichnung der ärztlichen Leitung des intensivmedizinischen Zentrums.

Neben der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ verfügt die ärztliche Leiterin bzw. der ärztliche Leiter des intensivmedizinischen Zentrums zusätzlich über die Weiterbildungsbefugnis für diese Zusatzbezeichnung.

###### **Nummer 3 – Personelle Ausstattung der Intensivstationen des Zentrums**

Die ärztliche Personalausstattung der Intensivstationen oder intensivmedizinischen Einheiten des Zentrums entspricht den Anforderungen zur Qualifikation und Präsenz der „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (Abschnitt D1 „Personelle Ausstattung Pflege“, Unterüberschrift „Qualifikation und Präsenz“, Seite 25) in der Version vom 02.11.2022:

*„Ein Arzt, der auf dieser oder einer Intensivstation der gleichen Stufe mindestens 3 Monate strukturiert eingearbeitet worden ist, soll 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche auf dieser Intensivstation präsent sein (Empfehlungsgrad 1A).“*

*Ein weiterer Arzt mit einer intensivmedizinischen Weiterbildungszeit (im Rahmen der Facharztweiterbildung) von mindestens 6 Monaten soll während der Kernarbeitszeit auf der Intensivstation präsent sein (Krankenhausstufe 2 und 3) bzw. im Krankenhaus präsent und sofort auf der Intensivstation verfügbar sein (Krankenhausstufe 1), außerhalb der Kernarbeitszeit zumindest im Krankenhaus präsent und sofort auf der Intensivstation verfügbar sein (Empfehlungsgrad 1A).*

*Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ soll täglich mindestens eine Visite durchführen (Empfehlungsgrad 1A).*

*In der Stufe 2 soll in der Kernarbeitszeit arbeitstäglich ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ zusätzlich sofort auf der Intensivstation verfügbar sein. In der Stufe 3 soll in der Kernarbeitszeit arbeitstäglich zusätzlich ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ auf der Intensivstation präsent sein. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit soll ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ unverzüglich für den Patienten verfügbar sein (Empfehlungsgrad 1A).“ [6]*

Sollten sich die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin ändern, behält sich der G-BA eine entsprechende Prüfung und ggf. eine Anpassung vor.

Die jederzeitige Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ im Zentrum gewährleistet eine über die tägliche Präsenz entsprechend qualifizierter Ärztinnen und Ärzte auf den Intensivstationen oder den intensivmedizinischen Einheiten hinausgehende bedarfsorientierte Verfügbarkeit in Form von Ruf-/ Hintergrunddiensten sowohl für die Patientenversorgung als auch für Beratungsleistungen. So wird die jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, die strukturell den Zentren zugrunde gelegt werden, sichergestellt (siehe hierzu auch die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)).

#### **Nummer 4 – Apparative Ausstattung**

Die geforderten Merkmale entsprechen den apparativen Ausstattungsmerkmalen für die Diagnostik der „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der DIVI (Abschnitt G, Tabelle Überschrift „Diagnostik“, Seite 91). [6]

#### **Nummer 5 – Jederzeitige Aufnahmebereitschaft für akut intensivmedizinische Fälle**

Die unmittelbare und zielgerichtete Aufnahme von kritisch erkrankten Patientinnen und Patienten auf eine entsprechend ausgestattete Intensivstation ist vor dem Hintergrund der Vulnerabilität dieser Patientengruppe von besonderer Bedeutung für den weiteren Erkrankungsverlauf. Die Aufnahme von akut intensivmedizinisch zu versorgenden Patientinnen und Patienten ist im Zentrum für Intensivmedizin rund um die Uhr gewährleistet. Aufgrund des im Zentrum 24/7 verfügbaren qualifizierten Personals im ärztlichen wie auch im pflegerischen Dienst ist die 24-stündige Aufnahmebereitschaft gewährleistet. Diese Anforderung ist notwendig, damit das Intensivmedizinische Zentrum jederzeit eine qualifizierte Beratung der Kliniken seines Netzwerks sicherstellen und zudem kritisch kranke Patientinnen und Patienten aus diesen Krankenhäusern sofort übernehmen kann, falls eine telemedizinische Beratung nicht ausreichend ist.

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

## **Nummer 6 – Verfügbarkeit infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz**

Die Prävention und die erfolgreiche Behandlung von Infektionen stellen wichtige Grundlagen der modernen Medizin dar. Durch den unsachgemäßen Einsatz von Antiinfektiva können jedoch immer häufiger die Nebeneffekte einer antiinfektiven Therapie in den Vordergrund treten und den Behandlungserfolg gefährden. Der aktuell bereits offenkundige Nebeneffekt ist die Selektion und Ausbreitung von multiresistenten Erregern. Diese unerwünschten Effekte betreffen nicht nur Patientinnen und Patienten, die primär mit einer Infektionserkrankung stationär aufgenommen werden, sondern auch solche, die während der stationären Behandlung einer nicht-infektiösen Erkrankung eine Infektion entwickeln. Aus diesem Grund ist die Verfügbarkeit infektiologischer Kompetenz gerade auch in Zentren für Intensivmedizin maßgeblich und wird darüber hinaus anderen Krankenhäusern entweder einzelfallbezogen konsiliarisch oder in Form von regelmäßig stattfindenden infektiologischen bzw. mikrobiologischen (Tele-)Visiten zur Verfügung gestellt. Ziel der infektiologischen Mitbehandlung und Beratung ist es, durch Optimierung von Indikationsstellung, Auswahl und Dosierung der Antiinfektiva und Dauer der Behandlung die aufgelisteten Nebeneffekte zu minimieren und damit den Behandlungserfolg und die Patientensicherheit zu verbessern.

Die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) hatte in ihrer Stellungnahme angeregt, dass die infektiologische Kompetenz genauer spezifiziert werde. Dies wurde mit den vorgenommenen Anpassungen umgesetzt.

## **Nummer 7 – Verfügbarkeit palliativmedizinischer Betreuung**

Intensivmedizinische Indikationen umfassen auch Verläufe, in denen kurative therapeutische Optionen nicht mehr zur Verfügung stehen und ein Therapiezielwechsel im Rahmen des Behandlungsverlaufes erforderlich wird. Die palliativmedizinische Kompetenz muss bei der Behandlung und der Erstellung von Therapiezielen frühzeitig eingebunden und berücksichtigt werden. Das Intensivmedizinische Zentrum muss daher diese Expertise vorhalten, um sie im Rahmen seiner Beratungstätigkeit den Krankenhäusern in seinem Netzwerk zur Verfügung zu stellen. Auf diese Anforderungslage hatte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in ihrer Stellungnahme hingewiesen. Da die Zusatz-Weiterbildung von allen Fachärztinnen und -ärzten in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung erworben werden kann, werden hier keine weiteren Vorgaben bezüglich der Fachrichtung getroffen.

## **Nummer 8 – Fachdisziplinen am Standort**

Die Komplexität und die Vielzahl an intensivmedizinischen Diagnosen erfordern eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen an der Intensivmedizin beteiligten Fachdisziplinen. Für den Behandlungserfolg und den Erfolg des Konzeptes der intensivmedizinischen Zentren ist dabei zum einen die Qualifikation der beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte sowie ihre jederzeitige Verfügbarkeit (auch im Rahmen einer Rufbereitschaft) entscheidend. Zentren, welche eine beratende Funktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen, weisen mit der Erfüllung dieser Anforderung ihre herausragende interdisziplinäre Expertise nach.

Diese Anforderungen wurden auch im Stellungnahmeverfahren bestätigt. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) erläuterte, dass *„eine hohe interdisziplinäre fächerübergreifende Expertise in der ganzen Breite der zugrundeliegenden Entitäten erforderlich [ist]. Dafür muss sowohl die Intensivtherapie als auch die gleichzeitige Behandlung der Grunderkrankung sowohl auf höchstem medizinischem Niveau als auch interdisziplinär und interprofessionell abgestimmt werden.“*

Die Deutsche Gesellschaft für Innerer Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für internistische Notfall- und Intensivmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) erläuterten in ihrer gemeinsamen Stellungnahme, dass *„Intensivmedizin [...] schnell, ja sofortig verfügbare, differenzierte,*

*differentialdiagnostische, fachärztliche Kenntnisse in der Akutsituation schwerkranker Patientinnen und Patienten“ voraussetzt.*

### **Nummer 9 – Vorhaltung eines Abholdienstes**

Bei Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer lebensbedrohlichen Hypoxämie nicht mehr transportfähig sind, ist in ausgewählten Fällen der Einsatz von Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) vor Ort mit Abholung der Patientin bzw. des Patienten erforderlich. ECMO ist ein komplexes Therapieverfahren bei kritisch kranken Patientinnen und Patienten mit einem erheblichen Risiko für schwere Komplikationen. Zu nennen sind hierbei vor allem eine erhöhte Gefahr für Gefäßverletzungen, Blutungen, insbesondere Hirnblutungen, Venenthrombosen und Lungenembolien, Hämolyse und Thrombopenie sowie technische Probleme bis zum kompletten Ausfall des Systems. Zur Vermeidung bzw. Behandlung möglicher Komplikationen einer ECMO-Therapie bedarf es daher einer komplexen, multidisziplinären Versorgungsstruktur [1,2], wie sie in einem Zentrum für Intensivmedizin vorgehalten wird. Neben der technischen Etablierung des Verfahrens ist die ausgewiesene Expertise der Behandlung der Grunderkrankung (z.B. ARDS) notwendige Voraussetzung für den Therapieerfolg. Bei Krankenhäusern, die über einen entsprechenden Dienst verfügen, kann sowohl die notwendige Erfahrung beim Einsatz als auch die Expertise, andere Krankenhäuser bei diesem beraten zu können, vorausgesetzt werden. Bereits beim Stellungnahmeverfahren zum „Beschlusssentwurf über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: IDV-Zentren – Anhang zu den Anlagen 5 und 7“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) bestätigt, dass die Vorhaltung und Expertise bzgl. einer ECMO-Therapie auch für telemedizinische Beratungen sinnvoll sind.

### **Nummer 10 – Jederzeitige Verfügbarkeit interventioneller schnittbildgebender radiologischer Verfahren**

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

### **Nummer 11 – Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention**

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

### **Nummer 12 – Kontaktmöglichkeit**

Bei einer Beratungsanfrage für eine intensivmedizinisch behandlungsbedürftige Patientin oder einen intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patienten kann Zeit ein wesentlicher Faktor sein. Auch zur Förderung der Netzwerkbildung, insbesondere um neu geschaffenen Intensivmedizinischen Zentren, ist Transparenz über ihre Erreichbarkeit relevant. Aus diesem

Grund sollten die Kontaktdaten der ausgewiesenen Zentren auf den Internetseiten des Krankenhauses bzw. denen einer intensivmedizinischen Fachgesellschaft veröffentlicht werden und somit für anfragende Krankenhäuser zentral und einfach auffindbar sein. Zu den maßgeblichen intensivmedizinischen Fachgesellschaften zählen beispielsweise die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) oder die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI).

#### **4.1.2 Absatz 2 – Forschungstätigkeit**

Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin tragen die Zentren für Intensivmedizin eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit.

Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrische Studien mit Studienprotokoll handeln.

#### **4.1.3 Absatz 3 – Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung**

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Zentrum für Intensivmedizin verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung bzw. Verbesserung des Zentrums für Intensivmedizin und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum für Intensivmedizin durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.

#### **4.1.4 Absatz 4 – Kooperationen**

Zentren für Intensivmedizin zeichnen sich durch ihre zentrale Funktion in einem Netzwerk mit weiteren Krankenhäusern aus. Durch regelhafte und strukturierte Kooperationen wird Sorge getragen, dass ein fortlaufender Wissenstransfer zwischen den beteiligten Krankenhäusern stattfindet und somit das Ziel einer stetigen Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht werden kann. Entsprechend der Zentrumsdefinition, soll es sich um eine besondere Expertise in dem jeweiligen Fachgebiet handeln, die durch das Zentrum zur Verfügung gestellt wird. Die Beratungsleistungen des Zentrums beziehen sich damit auf besondere, seltene oder komplexe Behandlungssituationen und setzen eine gewisse Grundkompetenz in der Versorgung voraus. Daher dürfen die Aufgaben Nummer 1, 3 sowie 5 bis 7 nur für in dem Netzwerk mit dem Zentrum teilnehmenden Krankenhäuser erbracht werden, die über intensivmedizinische Behand-

lungsmöglichkeiten und Erfahrung verfügen. Diese Festlegung ist auch notwendig, um zu gewährleisten, dass der Inhalt, der Aufwand und die Konstellation dieser Leistungserbringung über eine rein konsiliarische Leistung hinausgeht und nicht als solche vergütet wird.

Von einer entsprechenden intensivmedizinischen Grundkompetenz und -ausstattung kann ausgegangen werden, wenn die Krankenhäuser mindestens die Anforderungen an die Basisnotfallstufe oder das Modul Schwerverletztenversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen. Ebenfalls kann dies für Fachkrankenhäuser angenommen werden, die über eine ihrem Behandlungsangebot entsprechende intensivmedizinische Ausstattung und Kompetenz verfügen. Als Nachweis kann in diesem Fall beispielsweise die regelmäßige Erbringung von intensivmedizinischer Komplexbehandlung gemäß den OPS-Kodes 8-980 oder 8-98f (mindestens 100 Fälle pro Jahr) herangezogen werden.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens sprach sich der Vertreter des ERIC-Konsortiums für Kriterien für die Empfänger insbesondere telemedizinischer Beratungsleistungen aus. So mussten in dem besagten Projekt auch die Empfängerhäuser fundierte Kenntnisse im Bereich der Intensivmedizin sowie eine entsprechende Ausstattung nachweisen, um in das Netzwerk inkludiert zu werden und Beratungsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Die dort zugrunde gelegten Anforderungen lagen auf dem Niveau der erweiterten Notfallversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Der G-BA hat diese Empfehlungen im Grundsatz übernommen, da jedoch nicht überall von einer mit etwa dem Stadtstaat Berlin vergleichbaren Dichte an Krankenhäusern mit einer erweiterten Notfallstufe ausgegangen werden kann, die oben erläuterten Anforderungen für ausreichend erachtet.

#### **4.1.5 Absatz 5 – Mindestfallzahlen**

Zentren für Intensivmedizin müssen, da sie eine Beratungsfunktion für andere Intensivstationen übernehmen, über besondere intensivmedizinische Expertise verfügen, welche durch eine hohe Fallzahl bei der aufwendigen, intensivmedizinischen Komplexbehandlung belegt wird. Zusätzlich wird eine Mindestfallzahl bei der venovenösen extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung festgelegt. Hierbei werden allerdings nur OPS-Kodes einbezogen, welche eine Dauer von 48 Stunden überschritten haben, um möglichen Fehlanreizen entgegenzuwirken.

Der G-BA hat die Mindestfallzahlen im Prozess unter Einbeziehung auch externen Sachverständigen im Stellungnahmeverfahren intensiv beraten. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen danach medizinische Erfahrungssätze vor, welche auf einen Zusammenhang von Quantität und Qualität der Versorgung und für sachgerechte Ergebnisse bei den beschlossenen Mindestfallzahlen hinweisen. Gleichwohl wird der G-BA die Auswirkungen der Regelungen beobachten und bei Erfordernis Anpassungen vornehmen.

#### **4.1.6 Absatz 6 – Anforderung an die Telemedizinereinheit**

Bei einem Zentrum für Intensivmedizin mit zusätzlicher telemedizinischer Expertise werden nachgelagerte Krankenhäuser im Netzwerk des Zentrums mittels Audio-Video-Übertragungen unterstützt.

- Nummer 1 – telemedizinische Leistungen

Die im Allgemeinen Teil bereits festgeschriebenen Anforderungen an die telemedizinische Leistungserbringung in Rahmen der Wahrnehmung von besonderen Aufgaben gelten für die Intensivmedizinischen Zentren gleichermaßen.

- Nummer 2 – telemedizinische Visite

Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Mitglieder des Netzwerks verfügbar sein. Aufgrund der Besonderheit der Behandlung intensivmedizinisch behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten ist eine „rund um die Uhr“ Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ unabdingbar. Diese verfügen aufgrund der im Rahmen der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse über eine besonders fundierte intensivmedizinische Qualifikation und eine inhaltliche Fokussierung auf die Behandlung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten. Dies bedeutet konkret, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt mit dieser Qualifikation innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein muss. Nur eine entsprechend erfahrene und qualifizierte Fachärztin oder ein entsprechend erfahrener und qualifizierter Facharzt kann in einer kritischen Situation die Unterstützung bieten, die ein anfragendes Krankenhaus benötigt. Um eine effektive Netzwerkbildung und -kooperation zu ermöglichen und bereits etablierte Netzwerkstrukturen nutzen zu können, wurden diese Anforderungen aus der S1-Leitlinie der DGAI „Telemedizin in der Intensivmedizin“ [5] übernommen. Nur so kann sichergestellt werden, dass zur Wahrnehmung der besonderen Aufgaben § 2 Nummer 5 oder 7 jederzeit entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Eine entsprechende Anforderung wurde auch im Rahmen des ERIC-Projekts festgelegt [7]. Um den Zentren mehr Flexibilität beim Einsatz des Personals zu ermöglichen, wurde vom G-BA jedoch von der dort geforderten 24-Stunden Präsenz mindestens einer Fachärztin bzw. eines Facharztes mit Zusatzqualifikation Intensivmedizin an sieben Tagen der Woche in der telemedizinischen Einheit abgewichen.

- Nummer 3 – telemedizinische Pflegevisite

Um eine qualifizierte Beratung zu pflegespezifischen Problemstellungen sicherzustellen, sind auch Anforderungen an das Pflegepersonal des Krankenhausstandortes zu stellen, um jederzeit eine entsprechende Expertise zu garantieren. Hierzu muss eine Pflegekraft mit der Fachweiterbildung „Intensiv- und Anästhesiepflege“ werktags zwischen 8 und 16 Uhr jederzeit für die Mitglieder des Netzwerks verfügbar sein, um pflegebezogene Fragen beantworten zu können.

Diese Änderung geht auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) zurück, in der die entsprechenden Anforderungen an das Pflegepersonal angeregt wurden. Dementsprechend muss für die Wahrnehmung der besonderen Aufgabe nach??? § 2 Nummer 6 nun sichergestellt sein, dass jederzeit entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.

## **4.2 § 2 Besondere Aufgaben**

Krankenhäuser, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können die aufgelisteten besonderen Aufgaben erbringen. Voraussetzung ist, dass der Inhalt, der Aufwand und die Konstellation dieser Leistungserbringung über eine rein konsiliarische Leistung hinausgeht und nicht als solche vergütet wird.

Dabei gilt es zu beachten, dass die Aufgaben mit den Ziffern 1, 3 sowie 5 bis 7 nur für Krankenhäuser erbracht werden dürfen, die mindestens die Anforderungen nach § 1 Absatz 4 er-

füllen. Sofern mindestens eine der Aufgaben nach § 2 Nummer 5 oder 7 als besondere Aufgabe übernommen wird, sind zudem die Anforderungen nach § 1 Absatz 6 Nummer 2 zu erfüllen. Sofern die Aufgabe nach § 2 Nummer 6 übernommen werden soll, sind die Anforderungen nach § 1 Absatz 6 Nummer 3 zu erfüllen.

Siehe hierzu auch die Erläuterungen unter 4.1.4 sowie 4.1.6.

#### **Nummer 1**

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser innerhalb des Netzwerkes bei der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Falls aufgrund der Komplexität des Behandlungsfalls eine Sekundärverlegung medizinisch erforderlich ist, muss das Zentrum hierzu entsprechende Einschätzungen und Empfehlungen abgeben. Auf diesen Sachverhalt hat auch der Vertreter des ERIC-Konsortiums im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens hingewiesen, da diese Form der Telemedizin nicht zur digitalen Substitution einer Vor-Ort Kapazität gedacht sei, sondern zur flächendeckenden Qualitätsverbesserung als ganzheitliches Konzept. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

#### **Nummer 2**

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

#### **Nummer 3**

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

#### **Nummer 4**

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums für Intensivmedizin und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum für Intensivmedizin durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre

wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patientinnen und Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

#### **Nummer 5**

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

#### **Nummer 6**

Aufgrund der herausgehobenen Bedeutung der intensivpflegerischen Leistungen und der deutlich über die pflegerischen Maßnahmen im engeren Sinne hinausgehenden Tätigkeiten des intensivmedizinisch qualifizierten Pflegepersonals im Zentrum für Intensivmedizin werden intensivpflegerische Beratungsleistungen für andere Krankenhäuser erbracht. Sofern der Inhalt, der Aufwand und die Konstellation dieser Leistungserbringung über eine rein konsiliarische Leistung hinausgehen und nicht als solche vergütet werden, sind die Kriterien einer besonderen Aufgabe erfüllt.

#### **Nummer 7**

Die intensivmedizinische telemedizinische Visite kann von den Zentren als besondere Aufgabe wahrgenommen werden. Hierunter fällt eine regelmäßige telemedizinische Begutachtung oder Beratung von weiteren stationären Leistungserbringern im Netzwerk. Bei der Durchführung der telemedizinischen Visite ist sicherzustellen, dass die im Rahmen des ERIC-Projekts festgelegten und erprobten Mindestanforderungen und Prozesse eingehalten werden. Dazu gehört insbesondere, dass

- ein Visitenroboter oder ein vergleichbares mobiles telemedizinisches audiovisuelles Unterstützungssystem eingesetzt wird, das die Mindestanforderungen gemäß § 3 Absatz 9 Nummer 1 der Zentrums-Regelungen erfüllt;
- an der multiprofessionellen, telemedizinischen Visite neben einer Fachärztin bzw. einem Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und einer Pflegefachperson bei Bedarf auch weitere Fachärztinnen oder Fachärzte (z.B. aus den Bereichen Infektiologie, Chirurgie oder Neurologie) teilnehmen und
- die in den Anlagen 8 und 9 des Ergebnisberichts zum Projekt ERIC festgelegten Verfahrensanweisungen berücksichtigt werden [7].

## 5. Literatur

1. **Adamzik, Michael/Bauer, Andreas/Bein, Thomas/Benk, Christoph/Bock, Enrico/Boeken, Udo, et al.** S3-Leitlinie "Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz" [online]. 20.11.2017. AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.,. [Zugriff: 06.09.2023]. (Registernummer 001/021). URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/001-021l\\_S3\\_Invasive\\_Beatmung\\_2017-12.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-021l_S3_Invasive_Beatmung_2017-12.pdf).
2. **Friedrichson, Benjamin/Kloka, Jan A./Neef, Vanessa/Mutlak, Haitham/Old, Oliver/Zacharowski, Kai, et al.** Extracorporeal membrane oxygenation in coronavirus disease 2019: A nationwide cohort analysis of 4279 runs from Germany. *European Journal of Anaesthesiology* | EJA 2022;39(5):445-451.
3. **Gutsche, Jacob T./Kohl, Benjamin A.** Who should care for intensive care unit patients? *Critical Care Medicine* 2007;35(2):S18-S23.
4. **Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss.** Beschluss zum abgeschlossenen Projekt ERIC (01NVF16011) [online]. 21.01.2022. [Zugriff: 06.09.2022]. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/127/2022-01-21\\_ERIC.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/127/2022-01-21_ERIC.pdf).
5. **Marx, Gernot/Markewitz, Andreas/van Aalst, Günter.** S1 Leitlinie "Telemedizin in der Intensivmedizin" [online]. AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [Zugriff: 06.09.2023]. (Registernummer 001/034). URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/001-034l\\_S1\\_Telemedizin\\_in-der-Intensivmedizin\\_2021-01\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-034l_S1_Telemedizin_in-der-Intensivmedizin_2021-01_1.pdf).
6. **Waydhas, Christian/Riessen, Reimer/Markewitz, Andreas/Hoffmann, Florian/Frey, Lorenz/Böttiger, Bernd W., et al.** DIVI-Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsene). *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2023;118(7):564-575.
7. **Weiß, Björn/Paul, Nicolas/Spies, Claudia.** Ergebnisbericht zum Projekt "Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC)" [online]. 30.06.2022. [Zugriff: 06.09.2023]. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/128/2022-01-21\\_ERIC\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/128/2022-01-21_ERIC_Ergebnisbericht.pdf).

## 6. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Aus dem vorliegenden Beschlussskizze zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren für Intensivmedizin gemäß § 136c Absatz 5 SGB V resultieren neue Informationspflichten für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelung wahrnehmen.

Zu den besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung von Zentren für Intensivmedizin zählt die Erstellung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichts, der die Ergebnisse des jeweiligen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

Aufgrund der allgemein gehaltenen Vorgaben hinsichtlich der Form und des Umfangs des zu erstellenden Berichts wird an dieser Stelle im Sinne einer vereinfachten, allgemein typisierten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von einer Stunde je Bericht bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Damit entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 59,10 Euro je Zentrum. Ausgehend von schätzungsweise 28 Krankenhäusern die die Anforderungen der Anlage erfüllen, entstehen daraus jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 1.655 Euro (28 x 59,10 Euro).

Zudem soll das Zentrum eine Kontaktmöglichkeit, unter der eine intensivmedizinische Beratung angefragt werden kann, auf seinen Internetseiten oder denen einer intensivmedizinischen Fachgesellschaft veröffentlichen. Hierbei entsteht den Krankenhäusern ein einmaliger, geringfügiger Aufwand, der nicht quantifiziert werden kann.

Weiterhin wird die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse als Aufgabe des besonderen Qualitätsmanagements festgelegt. Da die Festlegung von Verantwortlichkeiten und einheitlichen Vorgehensweisen zu den etablierten und verpflichtend anzuwendenden Methoden und Instrumenten eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gehört, entstehen hier keine Bürokratiekosten.

## 7. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
13.07.2022	UA BPL	Beauftragung der AG BAZS: Implementierung telemedizinischer Visiten in den Zentrums-Regelungen unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Projekts ERIC
18.11.2022	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens unter Berücksichtigung der folgenden Stellungnahmeberechtigten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– § 91 Absatz 5 SGB V (Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer)</li> <li>– § 91 Absatz 5a SGB V (Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit)</li> <li>– § 136c Absatz 5 SGB V (betroffene medizinische Fachgesellschaften)</li> <li>– Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO (Stellungnahmeberechtigte im Einzelfall)</li> </ul>
27.02.2023	UA BPL	Anhörung, Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
19.10.2023		Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Zentrums-Regelungen
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 19. Oktober 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken