

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Zentrums-Regelungen:
Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten
Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Anlagen
5 und 7

Vom 18. Februar 2021

Inhalt

| | | |
|------------|--|----------|
| 1. | Rechtsgrundlage | 2 |
| 2. | Eckpunkte der Entscheidung | 2 |
| 2.1 | Änderungen im Anhang zu den Anlagen 5 und 7 | 2 |
| 2.1.1 | Zu § 1 Absatz 1 Besondere Kompetenz in einem für die Versorgung von COVID-19 Patientinnen und Patienten relevanten Versorgungsschwerpunkt: | 2 |
| 2.1.2 | Zu § 1 Absatz 2 Jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie | 3 |
| 2.1.3 | Zu § 1 Absatz 3 Besondere telemedizinische Kompetenz und Ausstattung | 4 |
| 2.2 | Zu § 2 Besondere Aufgaben | 4 |
| 2.3 | Außerkräftreten | 5 |
| 2.4 | Quellen | 5 |
| 3. | Bürokratiekostenermittlung | 6 |
| 4. | Verfahrensablauf | 6 |
| 5. | Zusammenfassende Dokumentation | 6 |

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die 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 über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnah verfügbar gemacht werden. Das Potential für einen proaktiven Telemedizinansatz in der Intensivmedizin zur Versorgungsgestaltung ist im aktuellen Pandemiegeschehen sehr hoch und der Nutzen könnte insbesondere bei der Bedrohung durch die Virusmutation B.1.1.7 umgehend greifen.

Deshalb soll mit diesem Beschluss in Ergänzung der bestehenden, bereits getroffenen Zentrums-Regelungen auch eine zeitlich befristete Regelung (Budgetjahr 2021) über „Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk“ (IDV-Zentren) implementiert werden, damit hier strukturiert und qualitätsgesichert telemedizinische Leistungen erbracht werden können, die bislang als Konsiliarleistungen nicht abrechnungsfähig sind.

2.1 Änderungen im Anhang zu den Anlagen 5 und 7

Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus. Die hier definierten Anforderungen für IDV-Zentren orientieren sich an der S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) „Telemedizin in der Intensivmedizin“ [5] sowie den Kriterien des modularen Zertifikats Intensivmedizin der DGAI [2].

Die Anforderungen sind kumulativ zu erfüllen, soweit nicht anders angegeben.

2.1.1 Zu § 1 Absatz 1 Besondere Kompetenz in einem für die Versorgung von COVID-19 Patientinnen und Patienten relevanten Versorgungsschwerpunkt:

Das IDV-Zentrum muss die Anforderungen für Herzzentren oder für Lungenzentren gemäß den entsprechenden Anlagen der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V erfüllen. Diese Zentrumsarten 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 neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 qualifiziert. Diese Expertise wurde zuletzt auch dadurch bestätigt, dass Spezialversorger in den Bereichen Lunge und Herz als Anspruchsberechtigte in die „Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AusglAnsprAVÄndV)“ aufgenommen wurden.

Weiterhin decken sich die Anforderungen für Herzzentren gemäß Anlage 5 in großen Teilen mit denen der Kompetenzmodule „Forschung und Lehre“, „Intermediate Care“ (IMC),

„Kardiovaskulär“, „ECMO“ und „Transplantation“ des modularen Zertifikats Intensivmedizin der DGAI. Auch die Anforderungen für Lungenzentren gemäß Anlage 7 entsprechen in vielen Punkten denen der Kompetenzmodule „Forschung und Lehre“, „Intermediate Care“ (IMC) und „Entwöhnung von der Beatmung“ des modularen Zertifikats Intensivmedizin der DGAI [2]. Somit werden auch in diesem Punkt Empfehlungen der S1-Leitlinie der DGAI „Telemedizin in der Intensivmedizin“ berücksichtigt.

Nach § 1 Absatz 1 ist keine vorherige Ausweisung erforderlich. Maßgeblich für die erweiterten Zentren ist nicht, ob ein Krankenhaus bereits als Herzzentrum oder Lungenzentrum ausgewiesen ist, sondern, dass die Anforderungen erfüllt sind.

2.1.2 Zu § 1 Absatz 2 Jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie

Buchstabe a. (100.000 Beatmungsstunden von Fällen >48 Std. Beatmungszeit)

Eine entsprechende Vorerfahrung bei der Versorgung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten ist ein maßgebliches Kriterium, da die Zentren voraussichtlich in diesem Bereich einen Hauptteil ihrer Beratung für andere Krankenhäuser erbringen. So wurden 53% der intensivmedizinischen Fälle von Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-2 für mind. 6h beatmet [1].

Berücksichtigt werden nur die Fälle, bei denen die Patientinnen und Patienten im Jahr 2019 für mehr als 48 Stunden beatmet wurden. Beatmungsfälle bei Kindern, die das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden nicht einbezogen.

Auswertungen zeigen, dass die Krankenhäuser, die bereits intensivmedizinische Beratungsleistungen erbringen, beispielsweise im Rahmen der Innovationsfonds-Projekte „TELnet@NRW“ oder „Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC)“, diese Fallzahlen erreichen.

Buchstabe b. (Versorgung von mehr als 200 voll- oder teilstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2)

Eine entsprechende Routine in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist zwingend notwendig. Insgesamt wurden in den ersten drei Quartalen des Jahres 2020 45.722 Behandlungsfälle mit der Nebendiagnose U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) stationär versorgt [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].

Buchstabe c. (Intensivmedizinische Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten)

Dieser Anforderung wurde entsprechend der „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 [4] festgelegt. Die Zahl von 30 Intensivbetten ist notwendig, um eine entsprechende Erfahrung bei der intensivmedizinischen Versorgung zu gewährleisten. Zudem verfügen entsprechend große intensivmedizinische Einheiten über erforderliches Personal, um neben der Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten noch besondere Aufgaben, insbesondere die tägliche Beratung anderer Krankenhäuser, übernehmen zu können.

Buchstabe d. (24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit veno-venöser extrakorporaler Membranoxygenierung (VV-ECMO))

Bei Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer lebensbedrohlichen Hypoxämie nicht mehr transportfähig sind, ist in ausgewählten Fällen eine ECMO-Implantation vor Ort mit Abholung des Patienten vor Ort erforderlich. Der Einsatz von Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) oder Extracorporeal Life Support (ECLS) außerhalb eines Operationssaales erfordert ein sehr erfahrenes Team.

Buchstaben e. und f. (Tägliche Tele-Visite für Intensivstation jedes Krankenhaus des Netzwerks und Verfügbarkeit Intensivmedizin im Telemedizinzentrum)

Das spezialisierte Fachwissen der IDV-Zentren muss jederzeit für die Mitglieder des Netzwerks verfügbar sein. Um eine effektive Netzwerkbildung und -kooperation zu ermöglichen und bereits etablierte Netzwerkstrukturen nutzen zu können, werden diese Anforderungen aus der S1-Leitlinie der DGAI „Telemedizin in der Intensivmedizin“ übernommen. Grundlage hierfür sind unter anderem auch Erfahrungen, die im Rahmen von Innovationsfonds-Projekten gemacht wurden.

2.1.3 Zu § 1 Absatz 3 Besondere telemedizinische Kompetenz und Ausstattung

Die hier beschriebenen Anforderungen sind der S1-Leitlinie der DGAI „Telemedizin in der Intensivmedizin“ [5] entnommen. Sie wurden auf Grundlage der im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts „TELnet@NRW“ gesammelten Erfahrungen festgelegt.

2.2 Zu § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von IDV-Zentren festgelegt. Ein IDV-Zentrum kann eine oder mehrere dieser Aufgaben wahrnehmen. Jedoch nur entweder die besonderen Aufgaben unter den Nummern 1a bis 1c oder die unter Nummer 2 beschriebene besondere Aufgabe. Voraussetzung ist, dass der Inhalt, der Aufwand und die Konstellation dieser Leistungserbringung über eine rein konsiliarische Leistung hinausgeht und nicht als solche vergütet wird.

Zu Nummer 1a:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung und Versorgung von am Coronavirus SARS-CoV-2 erkrankten Patientinnen und Patienten durch telemedizinische Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen nach sonstigen Regelungen abrechenbar sind (vgl. § 4 Absatz 3). Ausschlaggebend ist hier insbesondere, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

Zu Nummer 1b:

Das spezialisierte Fachwissen der IDV-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. Verschiedene diagnostische Leistungen (z. B. Bildgebung, Interpretation von spezialisierten Labor- und sonstigen Untersuchungen) können hierbei telemedizinisch erbracht werden. Sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistungen nach sonstigen Regelungen abrechenbar sind (vgl. § 4 Absatz 3) können die Kriterien einer besonderen Aufgabe erfüllt sein.

Zu Nummer 1c:

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.

Zu Nummer 2:

Auch die Vorhaltung von drei Vollzeit-Stellenanteilen von Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin kann eine besondere Aufgabe sein, sofern diese zur Erfüllung der Anforderung gemäß § 1 Abs. 2 Buchstaben e. und f. eingesetzt werden. Das Wissen um die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ändert sich schnell und kann am besten durch den täglichen Umgang mit Infizierten erworben werden. Um sicherzustellen, dass die Expertise der beratenden Ärztinnen und Ärzte des IDV-Zentrums möglichst aktuell bleibt, müssen diese Stellenanteile auf mindestens sechs Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verteilt werden. Sofern ein Krankenhaus für diese besondere Aufgabe Zuschläge vereinbaren möchte, muss es glaubhaft versichern, dass die Stellenanteile für die Tätigkeiten nach § 1 Absatz 2 Buchstabe e und f zur Verfügung stehen. Dies kann durch den Nachweis erfolgen, dass das Krankenhaus bereit in der Vergangenheit regelmäßige entsprechende Beratungen anderer Krankenhäuser in dem maßgeblichen Umfang durchgeführt hat.

2.3 Außerkräfttreten

Da es sich allein um eine Aufgabenwahrnehmung im Rahmen der COVID-19-Pandemie handelt, ist diese Regelung auf das Jahr 2021 beschränkt.

2.4 Quellen

1. **Augurzky B, Busse R, Haering A, Nimptsch U, Pilny A, Werbeck A.** 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.
2. **Bingold T, Bickenbach J, Coburn M, David M, Dembinski R, Kuhnle G, et al.** Modulares Zertifikat Intensivmedizin der DGAI. Anästh Intensivmed 2014;55:316-329.
3. **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM.** Kodierempfehlung zu Fallkonstellationen im Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen SARS-CoV-2/COVID-19. Stand: 16.07.2020.
4. **Jorch G, Kluge S, König F, Markewitz A, Notz K, Parvu V, et al.** Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2010.
5. **Marx G, Markewitz A, van Aalst G.** Telemedizin in der Intensivmedizin S1 Leitlinie der DGAI (001-034). Stand: 30.09.2020.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

| Datum | Gremium | Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt |
|------------|---------|--|
| 15.02.2021 | UA BPL | Schriftliche Zustimmung zu den Beschlussunterlagen und Beschlussfassung zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens |
| 17.02.2021 | UA BPL | Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen; schriftliche Beschlussfassung hinsichtlich Verzichts auf eine mündliche Anhörung aufgrund der dringlichen Beschlussfassung gemäß § 12 Absatz 2 1. Kapitel Verfo sowie Weiterleitung der Beschlussunterlagen an das Plenum |
| 18.02.2021 | Plenum | Beschlussfassung |
| TT.MM.JJJJ | | Veröffentlichung im Bundesanzeiger |
| TT.MM.JJJJ | | Inkrafttreten |

Übersicht über die fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

| Name der Organisation | Eingang Stellungnahme |
|---|--------------------------|
| Bundesärztekammer (BÄK) | 17. Februar 2021 |
| Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) | 17. Februar 2021 |
| Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) | 17. Februar 2021 |
| Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) | 17. Februar 2021 |
| Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI) | 17. Februar 2021 |

5. Zusammenfassende Dokumentation

(Anlage zu den Tragenden Gründen)

Berlin, den 18. Februar 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken