



# Zusammenfassende Dokumentation

Unterausschuss Bedarfsplanung

Zentrums-Regelungen:

Zentren für Intensivmedizin, rechtsförmliche Änderungen

Vom 19. Oktober 2023

## Inhalt

<b>A</b>	<b>Beschluss und Tragende Gründe .....</b>	<b>3</b>
<b>A-1</b>	<b>Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....</b>	<b>3</b>
<b>B</b>	<b>Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungsverfahren.....</b>	<b>4</b>
<b>B-1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen .....</b>	<b>4</b>
<b>B-2</b>	<b>Einleitung und Terminierung des Stellungsverfahrens .....</b>	<b>4</b>
<b>B-3</b>	<b>Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer .....</b>	<b>4</b>
<b>B-4</b>	<b>Übersicht .....</b>	<b>4</b>
	B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde .....	4
	B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen .....	9
<b>B-5</b>	<b>Unterlagen des Stellungsverfahrens.....</b>	<b>9</b>
<b>B-6</b>	<b>Schriftliche Stellungnahmen .....</b>	<b>9</b>
	B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	10
	B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	84
<b>B-7</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen .....</b>	<b>94</b>
	B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	94
	B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungsverfahren.....	96

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA BPL	Unterausschuss Bedarfsplanung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

## **A Beschluss und Tragende Gründe**

*Der Beschluss und die Tragenden Gründe werden nach Inkrafttreten hier eingefügt.*

### **A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V**

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/117/> abrufbar.

## **B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens**

### **B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen**

Der UA BPL hat in seiner Sitzung am 18. November 2022 den in Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer gemäß §91 Absatz 5 SGB V,
- Bundespsychotherapeutenkammer gemäß §91 Absatz 5 SGB V
- Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) § 91 Absatz 5a SGB V

Der UA BPL hat folgende weitere Institutionen/Organisationen, denen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen war, festgestellt:

- Einschlägigkeit der in Kapitel B-4.3 genannten Fachgesellschaften gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V (Sitzung am 18. November 2022)

Frau Prof. Claudia Spies (ERIC Konsortium Charité Berlin) sowie Stiftung Deutsche Krebshilfe (gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerFO).

### **B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens**

Der UA BPL beschloss in seiner Sitzung am 18.11.2022 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (s. Kapitel B-5) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 02.12.2022 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

### **B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer**

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

### **B-4 Übersicht**

#### **B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde**

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen [nur für die Bearbeitung mit den Gremien, in der ZD diese Spalte löschen]
Bundesärztekammer (BÄK)	21.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme</li> </ul>
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	12.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme</li> </ul>
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	06.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme</li> </ul>
Einschlägige, in der AWMF-organisierte Fachgesellschaften, vom G-BA bestimmt		
Deutsche Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)		
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	30.12.2022	
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)		
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V. (DGG)		
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)		
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)		
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)	30.12.2022, akt. am 05.01.2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Stellungnahme DGIM, DGIIN, DGP, DGK</li> </ul>
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)	30.12.2022, akt. am 05.01.2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Stellungnahme DGIM, DGIIN, DGP, DGK</li> </ul>
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	22.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Stellungnahme DGKJ, GPOH, GPR</li> </ul>
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)		
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	30.12.2022, akt. am 05.01.2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Stellungnahme DGIM, DGIIN, DGP, DGK</li> </ul>

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen [nur für die Bearbeitung mit den Gremien, in der ZD diese Spalte löschen]
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)	02.01.2023	
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)		
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	22.12.2022	
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)		
Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V. (DSG)		
Gesellschaft für Virologie e.V. (GfV)		
von AWMF bestimmt		
Arbeitskreis Krankenhaus- und Praxishygiene BV Dt. Krankenhausapotheker (ADKA)		
Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- & Akutmedizin (DGINA)		
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven & Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)		
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin (DEGAM)		
Deutsche Gesellschaft für Epileptologie (DGfE)		
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- & Stoffw. (DGVS)		
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, KuH-Chirurgie (DGHNO-KHC)	19.12.2022	
Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)		
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	05.01.2023	• verfristeter Eingang
Deutsche Gesellschaft für Hygiene & Mikrobiologie (DGHM)		

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen [nur für die Bearbeitung mit den Gremien, in der ZD diese Spalte löschen]
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention (DHL)		
Deutsche Gesellschaft für Immungenetik (DGI)		
Deutsche Gesellschaft für Immunologie (DGfI)		
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)		
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)	21.12.2022	
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie u. – diabetologie (DGKED)		
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ)		
Deutsche Gesellschaft für Klin. Neurophysiologie u. Funktionelle Bildgebung (DGKN)		
Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie & Laboratoriumsmedizin (DGKL)		
Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)		
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)	02.01.2023	
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)		
Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)		
Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)		
Deutsche Gesellschaft für Neuropathologie & -anatomie (DGNN)		
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)		
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie & Orthopädische Chirurgie (DGOOC)	02.01.2023	Gemeinsame Stellungnahme DGOU, DGOOC, DGU
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)	02.01.2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Stellungnahme DGOU, DGOOC, DGU</li> </ul>

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen [nur für die Bearbeitung mit den Gremien, in der ZD diese Spalte löschen]
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektologie (DGPI)		
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	19.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme</li> </ul>
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)	02.01.2023	
Deutsche Gesellschaft für Parkinson & Bewegungsstörungen (DPG)		
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)		
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin (DGPharMed)		
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie & Pädaudiologie (DGPP)		
Deutsche Gesellschaft für Prävention u. Reha. von Herz-Kreislaufferkr. (DGPR)		
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)		
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)		
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)		
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung u. Schlafmedizin (DGSM)		
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung & -therapie (DG-Sucht)		
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	02.01.2023	Gemeinsame Stellungnahme DGOU, DGOOC, DGU
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)		
Deutsche Ophthalmologische Ges. (DOG)		
Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)		
Deutsche Schmerzgesellschaft		
Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie u. Hämatologie (GPOH)	22.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Stellungnahme DGKJ, GPOH, GPR</li> </ul>



Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen [nur für die Bearbeitung mit den Gremien, in der ZD diese Spalte löschen]
Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)		
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie & Ernährung (GPGE)		
Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)		
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)		
Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)	22.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeinsame Stellungnahme DGKJ, GPOH, GPR</li> </ul>
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)		
Gesellschaft für Thrombose- & Hämostaseforschung (GTH)		
Gesellschaft für Transitionsmedizin (GfTM)		
Einschlägige, nicht in AWMF organisierte Fachgesellschaften, vom G-BA bestimmt		
Deutsche Krebshilfe gGmbH (DKH)		
Gewillkürte Stellungnahmeberechtigte		
Frau Prof. Claudia Spies (ERIC Konsortium Charité Berlin)	27.01.2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verfristeter Eingang</li> </ul>

#### **B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen**

Es wurden unaufgefordert keine Positionierungen abgegeben.

#### **B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens**

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in der Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet. Die Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation ist unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/117/> abrufbar.

#### **B-6 Schriftliche Stellungnahmen**

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in der Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet, die unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/117/> abrufbar ist.

### B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in der Anlage zu dieser Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet. Die Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation ist unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/117/> abrufbar. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
<b>Änderung der Anlagen 3, 5, 6 und 7 – Telemedizinische Visite (Position A)</b>					
1.	DGIM, DGIIN, DGP, DGK	Die beteiligten Gesellschaften sprechen sich gegen die Einrichtung spezifischer intensivmedizinischer Zentren in der vorgeschlagenen Form aus. Das betrifft sowohl die Position A (Änderungen der Anlage 3, 5, 6 und 7) wie auch die Position B (Anlage 8).	Eine an organspezifische Zentren gebundene intensivmedizinische Kompetenz (Position A) kann den notwendigen Anforderungen an ein interdisziplinäres intensivmedizinisches Zentrum angesichts der komplexen, lebensbedrohlichen Erkrankungen nicht gerecht werden.	<b>DKG:</b> Zustimmung zu der Ausführung der Fachgesellschaften. Bei intensivmedizinischen Indikationen ist in der Regel mehr als ein Organ betroffen. Bei dem Zentrum für Intensivmedizin steht die interdisziplinäre Aufgabenerfüllung im Vordergrund. Das bedingt, dass nur ein singuläres Zentrum für Intensivmedizin, nicht aber andere organspezifische Zentren, die besonderen Aufgaben wahrnehmen kann,	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				weshalb die Position A abzulehnen ist.	
				<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Kein konkreter Änderungsvorschlag.	<b>GKV-SV:</b> Keine Änderung
2.	DGK	Die Position wird abgelehnt.	Position A knüpft an die Durchführung von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten Vorgaben, die vom jeweiligen Zentrum (Herzzentrum, Traumazentrum, Neurovaskuläres Zentrum, Lungenzentrum) erfüllt werden müssen. Diese Vorgaben umfassen ausschließlich intensivmedizinische Parameter, die in den seltensten Fällen von einem Fachzentrum getroffen werden könnten. Unter anderem werden 30 High Care ICU	<b>DKG:</b> Zustimmung zu der genannten Ausführung der Fachgesellschaft. Siehe Stellungnahme oben. Darüber hinaus schätzt die Deutsche Krankenhausgesellschaft es ebenfalls kritisch ein, dass die Anforderungen für die Erbringung einer neuen besonderen Aufgabe bei Position A fakultativ zu betrachten sind. Ob die neue besondere Aufgabe bei Herzzentren der Position A überhaupt von einem Zentrum übernommen	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Betten und ein 24/7 ECMO Abholdienst gefordert. Für ein „Herzzentrum“ sind die Anforderungen so hoch, dass nur wenige Zentren diese erfüllen können. Zum Beispiel umfasst diese Definition auch die Möglichkeit der Implantation von LVAT/RVAD/TAH und eine Kinderherzmedizin oder Herztransplantationsmedizin. Insbesondere können nicht-universitäre Häuser die Position A nahezu in keinem Fall erfüllen. Da die Gesamtanforderungen nur wenige Zentren in Deutschland erfüllen können, wird auch die telemedizinische intensivmedizinische Visite kaum angeboten werden können.</p>	<p>werden könnte, bleibt fraglich.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Die festgelegten Anforderungen sollen gerade eine auf wenige hochspezialisierte Zentren gemünzte Versorgung in Form von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten ermöglichen. Zudem handelt es sich bei der Versorgung in Form von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten um fakultative Aufgaben und entsprechende Anforderungen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
3.	DGTHG	<p><b>Anlage 5</b>  <b>§ 1 Absatz 7 Nr. 3</b>            Konkretisierung oder Streichung des Satzes „es erfolgt eine externe Qualitätssicherung der Intensivstation und der Nachweis einer interdisziplinären, multiprofessionellen Patientenversorgung, die sich an evidenzbasierten Standards orientiert“</p>	<p>Eine einheitliche externe Qualitätssicherung der deutschen Intensivstationen existiert bislang nicht. Es gibt gleichwohl verschiedenste Ansätze unterschiedlicher Stakeholder, eine solche durchzuführen, die jedoch nicht evaluiert sind. Insofern sollte der Punkt, was unter „externer QS“ verstanden wird, konkretisiert werden.</p> <p>Gleiches gilt für den Punkt der „evidenzbasierten Standards.“ Auch hier sollte konkretisiert werden, was darunter verstanden wird.</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <hr/> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Im Rahmen des Projekts ERIC wurden Mindestanforderung bzgl. der QS festgelegt. Diese werden entsprechend nun für die Zentrums-Regelungen gefordert. Sowohl eine QS durch externe Kontrolle und Rechenschaft als auch die Teilnahme an freiwilligen Qualitätssicherungssystemen haben sich in der klinischen Versorgungspraxis bewährt [siehe TrG für weitere Informationen].</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p> <hr/> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>
4.		<p><b>§ 1 Absatz 8 Nr. 1</b>            Streichung des Satzes</p>	<p>Es ist fachlich nicht nachvollziehbar, dass die „Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der</p>	<p><b>DKG:</b> Die Änderungen, auf welche die Fachgesellschaft Bezug nimmt, beruhen auf einer Anregung des</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020“ eine Voraussetzung für die Übernahme von telemedizinischen Leistungen eines Herzzentrums ein soll. Dieses inhaltliche Relikt aus Zeiten einer hoffentlich überwundenen Pandemie sollte entfernt werden.	Bundesministeriums für Gesundheit, nachdem die Anforderungen an die besonderen Aufgaben in § 1 der jeweiligen Anlage geregelt werden sollen. Aus diesem Grund wurde die betreffende Passage in den § 1 integriert. Eine inhaltliche Änderung wird nicht durchgeführt.	
				<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Die genannten Voraussetzungen nehmen explizit Bezug auf die Behandlung von Covid-19-PatientInnen (siehe § 2 Nr. 7).	<b>GKV-SV:</b> Keine Änderung
5.		<b>§ 2 Nr. 5b</b> Streichung des Begriffs des „mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems“	Es ist unverständlich, wenn Herzzentren intensivmedizinische telemedizinische Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser „mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems“ erbringen sollen, diese technische Voraussetzung für	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.
				<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Anlage 8 ist Position der DKG und entsprechend auch die dort (nicht) genannten Anforderungen.	<b>GKV-SV:</b> Keine Änderung

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			die Zentren für Intensivmedizin nach Anlage 8 aber nicht vorgesehen sind		
6.	DGOU, DGU, DGOOC	<p><b>Anlage 3</b> Die Flächenrepräsentanz [von Traumazentren] ist derzeit nicht gegeben. Insofern ist eine weitere Verschärfung des Instruments „Zentrumszuschlag“ mit zusätzlichen Anforderungen nicht zielführend.</p>	<p>Grundsatz: Auftrag der Traumazentren ist die Vorhaltung und Wahrnehmung der Schwerverletztenversorgung und beratend-koordinativer Aufgaben im TNW sowie z.B. in der Vorbereitung/Vorhaltung für MANV Situationen begründet.</p> <p>Traumazentren sind im Rahmen der Umsetzung der Zentrumsregelung aktuell noch nicht so umgesetzt, wie man sich von allen Seiten dies vorstellt. Von ca. 110 ÜTZs sind grundsätzlich ca. 60-70 dafür geeignet. Bis jetzt wurde wegen diverser Hürden und Verfahrensschwierigkeiten je nach Konzilianz der Behörden und Kostenträger ca. 20-25 ein Zuschlag erteilt. Die Höhe der Zuschläge ist gering, der Kostennachweis gelingt häufig nicht oder wird von den Kostenträgern nicht akzeptiert.</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bei den vorliegenden Anpassungen zur Telemedizinischen Visite handelt es sich nicht um eine generelle Erweiterung der Anforderungen für Traumazentren. Lediglich für die Übernahme von intensivmedizinischen telemedizinischen Visiten als besondere Aufgaben müssen die ergänzten Voraussetzungen erfüllt werden.</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Aktuell hat nicht einmal jedes Bundesland ein für die telemedizinische Konsultation anerkanntes Traumazentrum. Die Flächenrepräsentanz ist derzeit nicht gegeben. Insofern ist eine weitere Verschärfung des Instruments „Zentrumszuschlag“ mit zusätzlichen Anforderungen nicht zielführend.</p>		
7.		<b>Aufwandspunkte/Kompetenznachweis</b>	<p>750.000 Aufwandspunkte erlauben keinen Rückschluss auf die telemedizinische Kompetenz. Aus unfallchirurgischer Sicht geht es um Kompetenzen bei der Behandlung von Polytrauma, Schwerbrandverletzten, Querschnittgelähmten usw., die nicht auf Aufwandspunkte beschränkt werden kann. Insbesondere Spezialversorger</p>	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.



Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>fallen aus der Berechnung heraus.</p> <p>Auch für eine telemedizinische Visite ist eine fundierte Behandlungserfahrung (Kompetenz) für die Grundkrankheit (hier das Polytrauma/der Schwerverletzte) zu fordern. Dieses lässt unseres Erachtens nicht adäquat mit Aufwandspunkten (TISS/SAPS) abbilden. Ergänzungen bzw. alternative Bewertungskriterien für eine Therapieerfahrung mit polytraumatisierten Pat. sind aus Registerdaten (wie z.B. dem Traumaregister der DGU) zu entwickeln. Das Register erfasst alle Schwerverletzten/Polytraumata, die in einem Traumazentrum versorgt werden. Die Dokumentation ist für zertifizierte Traumazentren verpflichtend. Das Register kann nicht nur Auskunft über Behandlungszahlen auf der jeweiligen Intensivstation liefern, sondern auch auf der Basis wissenschaftlich</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die vorgeschlagene Einbindung eines Registers findet sich bereits in den generellen Qualitätsanforderungen zu den Traumazentren. Da die Aufwandspunkte (TISS/SAPS) aktuell täglich auf den Intensivstationen im Rahmen der „Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte erfasst werden, lässt sich damit das Leistungsspektrum umfassend abbilden [siehe TrG für weitere Informationen].</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>validierter Scores Patienten nach Mortalitätsrisiko klassifizieren. Schwellenwerte sollten sich an der Versorgungsrealität orientieren, um zu verhindern, dass Zentren durch eine Vielzahl telemedizinischer Konsultationen überlastet werden, während die Kompetenz anderer geeigneter Zentren ungenutzt bleibt. Das Ziel muss die Erreichung einer flächendeckenden Versorgung sein.</p>		
8.		<b>Bettenzahl</b>	<p>Die Bettenzahl per se ist nicht aussagekräftig für eine Behandlungskompetenz. Die geforderten 30 Betten sind nicht passend für besondere intensivmedizinische Qualifikationen insbesondere bei z. B. Schwerbrandverletzten, Polytrauma usw. Zudem gibt es diverse Mischbilder mit internistischen Erkrankungen, die hier nicht abgegrenzt sind. Die generalistische Bettenbetrachtung ist zu undifferenziert und ist kein Maß</p>	<p><b>DKG:</b> Siehe Stellungnahme zu der Bettenanzahl weiter unten.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Ergänzung der Anlagen 3/5/6 und 7 § 1 Abs. 5/Abs. 7/Abs. 6/Abs. 6 Nr. 2 „eine intensivmedizinische,</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			für Spezialkompetenzen im Rahmen des Traumazentrums. Zudem ist nicht geklärt, ob es sich um aufgestellte oder betriebene Betten handelt. Es sollten die veröffentlichten Strukturempfehlungen der DIVI (Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022) Berücksichtigung finden. Diese Empfehlung findet sich analog im Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU.		interdisziplinäre Kapazität von mindestens 30 betriebenen High-Care-Intensivbetten (...).“
9.		<b>Qualitätssicherung</b>	Das Traumaregister DGU <sup>®</sup> , das bereits als Kriterium aufgenommen wurde, ist als QM-Instrument ausreichend. Der Passus bringt keinen Mehrwert. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass auch alle Traumapatienten an das Register gemeldet werden können und die Hürden des Datenschutzes gelöst werden. Dieses Thema ist dem G-BA bereits bekannt.	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.  <i>Siehe Auswertung der Kommentierung der DGTHG bei Anlage 5 § 1 Absatz 7 Nr. 3</i>	<b>DKG:</b> Nein.  <b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.
10.		<b>ECMO</b>	ECMO-Verfahren sind auch in der Unfallchirurgie wichtige Verfahren. Auch hier zählt	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			jedoch nicht die Fachrichtungsherkunft des Leistungserbringers sondern die (nachweisbare) Behandlungskompetenz. Abholdienste insbesondere mit den genannten Voraussetzungen können u.U. anderen Zentren angegliedert werden.	<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. ECMO ist ein komplexes Therapieverfahren bei kritisch kranken Patientinnen und Patienten mit einem erheblichen Risiko für schwere Komplikationen. Zur Vermeidung bzw. Behandlung möglicher Komplikationen einer ECMO-Therapie bedarf es daher einer komplexen, multidisziplinären Versorgungsstruktur [siehe TrG für weitere Informationen].	<b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.
<b>11.</b>		<b>Facharztstandard</b>	Hier findet eine Vermischung der OPS-Regularien mit den Zentrumsregularien statt. Aus diesem Grund soll die Regelung hier entfallen.	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Die 30-minütige Erreichbarkeit eines Facharztes findet sich in drei G-BA Richtlinien (Notfall, Sicherstellung, Zentren).	<b>DKG:</b> Nein.  <b>GKV-SV:</b> Keine Änderung

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
12.		<b>Telemedizin</b>	<p>Der Bezug auf eine Einheit ist nicht zielführend. Wichtig ist die Definition der telemedizinischen Versorgungsangebote und die Einbindung in die technischen oder organisierten Systeme (Verbünde, Datenschutz, Messenger-Dienste, Portale usw.). Auch die Beschränkung auf die genannten Krankheitsbilder ist nicht zielführend. Grundsätzlich soll jede Frage eines Versorgers „in Not“ im Zentrum unterstützt werden können. Die aktuelle Formulierung ist hier nicht zielführend.</p>	<p><b>DKG:</b> Siehe Stellungnahme zur Telemedizin weiter unten.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Die Bündelung der sowohl technischen als auch fachlichen Kompetenzen in einer Einheit, ergibt sich grundsätzlich bereits aus den technischen sowie personellen Anforderungen der Richtlinien. Weiterhin gibt diese Anforderung die im Projekt ERIC verwendete Struktur wieder. Der Fokus auf den genannten Krankheitsbildern beruht ebenfalls auf der bisher vorliegenden Evidenz durch das Innovationsfondsprojekt ERIC</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
13.	DG Palliativ	<p><b>Anlage 3 - Traumazentren</b></p> <p>Dem § 1 wird folgender Absatz 5 angefügt:          „(5) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Visiten nach § 2 Nr. 4.b) als besondere Aufgaben übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:          [...]“</p> <p>5. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein, und</p>	<p>Auf Intensivstationen werden regelhaft sterbende Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelhaft Patient*innen mit Symptomlast vor. Ebenso stehen oft schwierige Therapieentscheidungen am Lebensende an, so dass Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung essentiell wichtig ist. (1,2)</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>6. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss zur Unterstützung bei der Therapiezielfindung sowie für Fragen zur Symptomkontrolle bei Intensivpatientinnen oder Intensivpatienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen verfügbar sein.</p> <p>7. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.“</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bei der Zentrums-Regelung steht die Beratung anfragender Krankenhäuser für eine kurative Behandlung im Vordergrund. Für die Beratung anderer Krankenhäuser steht der Palliativdienst (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: 8-98h1 Durch einen externen Palliativdienst) zur Verfügung, der mit einem krankenhaus-individuell zu vereinbarenden Zusatzentgelt vergütet wird</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>
14.		<p><b>Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren:</b> <i>[siehe oben]</i></p>	<p>Auf Intensivstationen neurovaskulärer Zentren werden regelhaft sterbende Patient*innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelhaft Patient*innen mit Symptomlast</p>	<p><b>DKG:</b> Siehe unten.</p> <p><b>GKV-SV:</b> siehe Kommentar zuvor</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			vor, so dass spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz zur Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung sowie zur Symptomlinderung essentiell notwendig ist. (1,2)		



Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
15.		<p><b>Anlage 7 – Lungenzentren:</b> [...]</p> <p>4. ein Abholdienst für Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorgehalten,</p> <p>5. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin muss zur Unterstützung bei der Therapiezielfindung sowie für Fragen zur Symptomkontrolle bei Intensivpatientinnen oder</p>	<p>Auf Intensivstationen in Lungenzentren werden regelhaft sterbende Patient*innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen behandelt. Daher kommen auch regelhaft Patient*innen mit Symptomlast vor, so dass Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung zur Unterstützung bei der realistischen Therapiezielfindung und zur Symptomlinderung essentiell notwendig ist. (1,2)</p>	<p>DKG: Siehe unten.</p>	<p>DKG: Nein.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p><b>Intensivpatienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen verfügbar sein.</b></p> <p>6. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin muss jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar, und</p> <p>7. die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses sind in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst.</p>		<p><b>GKV-SV:</b> siehe Kommentar zuvor</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
16.	DG Pneumologie	<p><b>Änderung Anlage 7</b>  <b>§ 1 Absatz 1 Nummer 4</b>  Stellungnahme Die DGP unterstützt die folgenden Änderungen in der Beschlussvorlage:  aa) In Buchstabe d) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt und die Angabe „8-718.9“ gestrichen.  bb) In Buchstabe g) wird die Angabe „100“ durch „50“ ersetzt.</p>	<p>Prolongierte Beatmungsentwöhnung findet in der Pneumologie ausschließlich auf einer spezialisierten intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungseinheit statt. Die S2k Leitlinie der DGP (AWMF-Register-Nr. 020/015) beschreibt die entsprechenden Voraussetzungen eines Weaning-Zentrums (Schönhofer B et al. Prolongiertes Weaning ... Pneumologie 2019; 73: 723–814)  Die Mindestzahl von 50 geforderten Entwöhnungen pro Jahr liegt in der Nähe der Zertifizierungskriterien der DGP (<a href="https://pneumologie.de/aktuelles-service/weannet/info">https://pneumologie.de/aktuelles-service/weannet/info</a>). Die Strukturen der von der DGP zertifizierten Weaning-Zentren (alle mit einer Mindestzahl von 40 Fällen) haben sich bewährt. Dies kann an der Ergebnisqualität nachgewiesen werden (Windisch W et al. Prolonged Weaning from Mechanical Ventilation. Dtsch</p>	<p><b>DKG:</b> Zustimmung zu den beschriebenen Punkten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft unterstützt die Änderungen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zustimmung.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			Arztebl Int. 2020;117(12):197-204		
17.		<p><b>§ 1 Absätze 6 und 7</b>            Änderungsvorschlag:            Ersatzlose Streichung der neu angefügten Absätze 6 und 7</p>	<p>Die DGP schließt sich Position B an. Aus unserer Sicht kann die intensivmedizinische Kompetenz, die wesentlich auf der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fächer beruht, adäquater und zielführender mit der neu eingeführten „Anlage 8 - Zentren für Intensivmedizin“ abgebildet werden als mit denen der von Position A vorgeschlagenen Ergänzungen bereits bestehender Anlagen, u.a. Anlage Lungenzentren.</p> <p>Die internistischen Fachgesellschaften werden eine gemeinsame Stellungnahme zu Position B, Anlage 8 einreichen, die die Interdisziplinarität in intensivmedizinischen Spitzenzentren besser erfasst.</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme und Zustimmung zu den beschriebenen Punkten.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			Trotzdem möchte die DGP im Folgenden die Ausführung von Position A kommentieren.		
18.		<p><b>Absatz 6</b> Um auch anderen intensivmedizinischen Aspekten der Pneumologie Rechnung zu tragen, schlagen wir eine Mindestbettenzahl von 10 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie vor. Die Summe der Aufwandspunkte (TISS +SAPS) sollte auf 150.000 festgelegt werden. Die spezifische Kompetenz im Weaning ist durch mindestens 50 Fälle OPS 8.718.9 definiert. Ergänzend können invasive, nicht-invasive Beatmung, High-Flow-Sauerstofftherapie als Strukturkriterien benannt werden.</p>	Das Angebot einer intensivmedizinischen telemedizinischen Visite kann die Arbeit des Lungenzentrums bereichern, das Netzwerk stärken, die Expertise des Lungenzentrums kooperierenden Kliniken leichter zugänglich machen und so die Versorgung von Patientinnen und Patienten vor Ort verbessern. Dies gilt insbesondere auch für Patientinnen und Patienten, die in anderen Krankenhäusern auf Intensivstationen mit pneumologischen Krankheitsbildern betreut werden, vor allem auch für langzeitbeatmetet Betroffene.	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Auch ist eine kontinuierliche Begleitung in der Betreuung von Patientinnen und Patienten einer kooperierenden Klinik durch das Lungenzentrum möglich und gfls. auch der Zeitpunkt einer Verlegung in das Lungenzentrum gemeinsam zu treffen. Es daher sinnvoll, das Lungenzentren auch intensivmedizinische telemedizinische Angebote machen. Der vorliegende Entwurf trägt dem leider nicht Rechnung.</p> <p>Die hier vorgestellten Mindestkriterien es den Lungenzentren unmöglich, dies zu ermöglichen. Nach einer Umfrage unter den bereits anerkannten Lungenzentren werden die Zahlenwerte bei weitem nicht zu erreichen sein. Er macht die intensivmedizinische telemedizinische Visite auf ein Niveau, dass einem High-Care intensivmedizinischen Zentrum, nicht jedoch einem Lungenzentrum mit hoher</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Die festgelegten Anforderungen sollen gerade eine auf wenige hochspezialisierte Zentren gemünzte Versorgung in Form von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten ermöglichen. Zudem handelt es sich bei der Versorgung in Form von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten um fakultative Aufgaben und entsprechende Anforderungen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>intensivmedizinischer Kompetenz entspricht.</p> <p>Die besondere intensivmedizinische Expertise des Lungenzentrums wird auch durch die Expertise im Weaning von der Langzeitbeatmung, zum anderen in der intensivmedizinischen Betreuung von atemungsinsuffizienten Patientinnen und Patienten in den definierten Kompetenzbereichen (COPD, Interstitielle Lungenkrankheiten, Infektiologie) definiert.</p> <p>Es ist daher folgerichtig, die telemedizinische Visite nicht nur an der High-Care-Intensivmedizin, sondern auch an Merkmalen er spezifischen Qualifikationen festzumachen.</p> <p>Wir stimmen dem Vorschlag insofern absolut zu, als intensivmedizinische Kompetenz vorzuhalten ist. Dies entspricht sowohl der Entwicklung der Pneumologie insgesamt, als auch der Grundvoraussetzung eines</p>		

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			Lungenzentrums im Weaning. Die Kompetenz muss sich entsprechend der Defintionskriterien des Lungenzentrums aber vornehmlich an der Qualifikation des Weaning und an den Extremformen der Atmungsinsuffizienz festmachen.		
19.		<b>Nummer 1</b>	Wie oben begründet schlagen wir -um auch anderen intensivmedizinischen Aspekten der Pneumologie Rechnung zu tragen- schlagen wir eine Mindestbettenzahl von 10 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie vor. Die	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.
				<b>GKV-SV:</b> <i>siehe Kommentar zuvor</i>	<b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.



Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>Summe der Aufwandspunkte (TISS +SAPS) sollte auf 150.000 festgelegt werden.</p> <p>Die spezifische Kompetenz im Weaning ist durch mindestens 50 Fälle OPS 8.718.9 definiert. Ergänzend können invasive, nicht-invasive Beatmung, High-Flow-Sauerstofftherapie als Strukturkriterien benannt werden.</p>		
20.		<p><b>Nummer 2</b> Der Begriff „interdisziplinär“ sollte gestrichen werden.</p>	<p>Die Strukturen der Pneumologie beinhalten nicht wenige große Fachkliniken, die bereits als Lungenzentren anerkannt sind oder die Voraussetzungen erfüllen. Dabei handelt sich oft um hoch spezialisierte und hochvolumige Krankenhäuser, die aber nicht über andere Abteilungen verfügen. Durch den Begriff „interdisziplinär“ würden sie das telemedizinische nicht erbringen können.</p> <p>Wie oben begründet schlagen wir -um auch anderen intensivmedizinischen Aspekten der Pneumologie Rechnung zu tragen- schlagen wir eine Mindestbettenzahl von 10 High-</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <hr/> <p><b>GKV-SV:</b> <i>siehe Kommentar zuvor</i></p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p> <hr/> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusse Entwurf
			Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie vor. Die Summe der Aufwandspunkte (TISS +SAPS) sollte auf 150.000 festgelegt werden. Die spezifische Kompetenz im Weaning ist durch mindestens 50 Fälle OPS 8.718.9 definiert.		
21.		<b>Nummer 3</b>	Die Qualifikationsanforderungen sollten entsprechend durch den Nachweis der Voraussetzungen für die OPS 8.90.0 und 8-718.8 nachgewiesen werden. Die OPS 8-718.8 entspricht inhaltlich den wissenschaftlich begründeten Kriterien der Zertifizierung von Weaning-Zentrum (DGP).	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.
				<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. <i>Siehe Auswertung der Kommentierung der DGTHG bei Anlage 5 § 1 Absatz 7 Nr. 3</i>	<b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.
22.		<b>Nummer 4</b> Wir empfehlen folgende Formulierung: „Sofern das Lungenzentrum über einen ECMO-Abholdienst verfügt, muss es mindestens eine Fachärztin oder einen Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder	Die Vorhaltung eines ECMO-Abholdienstes kann eine sinnvolle Ergänzung des Lungenzentrums sein. Dieses Merkmal als Ausschlusskriterium repräsentiert aber nicht die	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Anästhesiologie oder Pneumologie sowie eine Kardiotechnikerin oder einen Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von ECMO-Systemen wird 24/7 vorhalten“.</p>	<p>besondere intensivmedizinische Expertise der Lungenzentren. Wir schlagen vor, den Absatz analog zu §1 (4) b formuliert sein. Außerdem entspricht die Voraussetzung der genannten Facharzt-Qualifikation nicht den Voraussetzungen eines Lungenzentrums.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte jedes intensivmedizinische Zentrum über einen ECMO-Abholdienst verfügen, um kritisch lungenkranke Patienten - wenn die Beratung nicht ausreicht - in der erstbehandelnden Klinik abzuholen. Zudem handelt es sich bei der Versorgung in Form von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten um fakultative Aufgaben und entsprechende Anforderungen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
23.		Der Abschnitt sollte wie folgt verändert werden: „6b. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit den Diagnosen Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Lungenversagen, Rechtsherzversagen, Sepsis oder septischer Schock <b>oder die die Kriterien des prolongierten Weanings</b> erfüllen, mittels eines mobilen telemedizinischen audiovisuellen Unterstützungssystems, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.“	Wir stimmen diesem Punkt grundsätzlich zu. Hier ist es jedoch aus unserer Sicht notwendig, ergänzend die besondere Expertise im Weaning von der Langzeitbeatmung einzufügen. Damit können die Lungenzentren die Ärztinnen und Ärzte anderer Krankenhäuser mit dem Ziel unterstützen, Weaninghindernisse zu finden und zu beseitigen, die Entwöhnung von der Langzeitbeatmung zu beschleunigen, evtl. Verlegungen zu vermeiden oder -falls sie notwendig werden- schneller herbeizuführen.	DKG: Kenntnisnahme	DKG: Nein.
				GKV-SV: Kommentierung zur Kenntnis genommen. Anforderungen an die Vorhaltung einer Weaning-Einheit sind unter § 1 Absatz 1 Nr. 4 geregelt.	GKV-SV: Keine Änderung.
24.	DGAI	Die DGAI lehnt die Position A; Änderung der Anlagen 3, 5, 6 und 7 ab.		DKG: Zustimmung.	DKG: Nein.
				GKV-SV: zur Kenntnis genommen. Die Fachgesellschaft nennt keine Begründung für ihre Position.	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
<b>Anfügung einer neuen Anlage 8 – „Zentren für Intensivmedizin“ (Position B)</b>					
25	DGKJ, GPOH, GPR	<p><b>§ 1 Qualitätsanforderungen</b></p> <p><b>Nummer 1</b></p> <p>[...]</p> <p>j) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <p>[...]</p> <p>- Radiologie, mit Schwerpunkt Kinderradiologie oder anderweitig nachgewiesener kinderradiologischer Expertise, wenn Kinder regelhaft intensivmedizinisch versorgt werden.</p>	Zur fachgerechten Betreuung von Kindern erforderlich.	<p><b>DKG:</b> Die Kinder- und Jugendmedizin zeichnet sich durch eine Reihe von Besonderheiten aus, was eine deutliche Abgrenzung zur Behandlung von Erwachsenen zulässt und auch erfordert. Die Kinder- und Jugendmedizin muss den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen und setzt eine differenzierte Kenntnis über den sich entwickelnden Körper, in Abhängigkeit von Alter bezüglich Physiologie, Psychologie und Soziologie, hinaus. Anders als in der Erwachsenenmedizin sind meist nicht Einzelorgane betroffen, sondern die Gesamtheit des sich entwickelnden Körpers. Die Verortung von Anforderungen an die Kinder- und Jugendmedizin und besonderen Aufgaben</p>	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>in den beschlossenen Anlagen trägt diesem Sachverhalt nicht zu genüge Rechnung, weshalb die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein Zentrum für Pädiatrie für sachgerecht erachtet. Aus diesem Grund würden wir von der Aufnahme dieses Punktes in den Regelungen zur Intensivmedizin absehen.</p>	
				<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
26	DGIM, DGIIN, DGP, DGK	Ebenso ist der in der Anlage 8. - „Intensivmedizinische Versorgung“ vorgestellte Vorschlag nicht geeignet, eine umfassende, die unterschiedlichen Fachdisziplinen repräsentierende medizinische Kompetenz und Qualität, insbesondere auch in Form von telemedizinisch durchgeführten Beratungen und Visiten zu gewährleisten.	Intensivmedizin erfordert gerade für internistische, aber auch für neurologische Krankheitsbilder weit mehr als die intensivmedizinische Sicherung vitaler Funktionen, setzt schnell, ja sofortig verfügbare, differenzierte, differentialdiagnostische, fachärztliche Kenntnisse in der Akutsituation schwerkranker Patientinnen und Patienten voraus. Auch in der Position B ist dies strukturell nicht gewährleistet. Die unterzeichnenden Fachgesellschaften berücksichtigen dabei, dass derzeit in der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ an einem entsprechenden Konzept gearbeitet wird, das intensivmedizinische	<b>DKG:</b> Die von der Regierungskommission erschienen Vorschläge für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung werden momentan auf Bund/Länder-Ebene diskutiert. Die Regelungsinhalte und der Umsetzungshorizont sind bislang unklar, weshalb das Konzept für Intensivmedizinische Zentren weiterhin als sinnvoll erachtet wird. Auch die Regierungskommission fordert eine gesonderte Finanzierung für telemedizinische	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Zentren in die bisher vorliegenden Konzepte für Kliniken mit höchstem Versorgungslevel integrieren wird. Parallele Aktivitäten halten wir nicht für sinnvoll. Schon jetzt bestehen auf regionaler Ebene Netzwerke (z.B. Schlaganfallnetzwerke, Herzinfarktnetzwerke) zwischen Versorgungs-Krankenhäusern und intensivmedizinischen „High-Tech“ Einheiten (fast ausschließlich universitär), die für fachspezifische und krankheitsorientierte Versorgungssicherheit sorgen. In neuen Konzepten müssen diese funktionierenden Strukturen abgebildet sein, die durch Einrichtung spezifischer intensivmedizinischer Zentren in der vorgeschlagenen Form sowohl</p>	<p>Beratungsleistungen.<sup>1</sup> Dieser Aspekt ist u.a. im Konzept der DKG enthalten. Insofern würde durch die Entscheidung im G-BA eine zeitnahe Finanzierungsgrundlage für besondere Aufgaben (und auch für telemedizinische Beratungsleistungen) von intensivmedizinischen Zentren geschaffen.</p> <p>Hinzu kommt, dass die Landesplanungsbehörden ebenfalls die Möglichkeit erhalten sollten, Intensivmedizinische Zentren auszuweisen. Dies ist finanzierungsrelevant nur möglich, insofern das</p>	

---

1 Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 12.



Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Position A (Änderungen der Anlage 3,5,6 und 7) wie auch die Position B (Anlage 8) nicht berücksichtigt, unter Umständen ökonomisch benachteiligt und daher bedroht wären.</p>	<p>Zentrum durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bestimmt wurde und die Landesplanungsbehörde eine Ausweisung vornimmt. Für Krankenhäuser in Ländern, welche noch keine existierenden Konzepte entwickelt haben, stellt der Aufbau eines Netzwerks anhand von etablierten Kriterien eine Erleichterung dar.</p> <p>Die Bildung von Netzwerken ist ein grundsätzlicher Bestandteil sämtlicher Zentrums-Regelungen. Bestehende Netzwerke werden durch die Ausweisung eines neuen Zentrums für Intensivmedizin nicht berührt.</p>	
				<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	

27	DGAI	Die DGAI begrüßt ausdrücklich die Position B	<p>Die zukunftsfähige Gestaltung der postpandemischen Intensivmedizin in Deutschland ist insbesondere durch nachfolgende Eckpunkte begründet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unterstützung der zeitnahen Implementierung evidenzbasierter Medizin und optimierter datengestützter Erkenntnisgewinn</li> <li>2. Bereitstellung von universitärer medizinischer Expertise in der Breite der Krankenhauslandschaft zum Wohle und zur Sicherheit von Patient*innen</li> <li>3. Effiziente Überlaufmechanismen für Phasen überdurchschnittlicher Ressourcenauslastung</li> <li>4. Intensivmedizinische Telemedizin zur ortsnahen Verfügbarkeit von notwendigem vertieftem Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtige Patient*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk</li> </ol> <p>Im Vordergrund steht dabei die jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, die strukturell den</p>	<b>DKG:</b> Zustimmung zu den genannten Argumenten.	<b>DKG:</b> Nein.
----	------	--	--	---	-------------------

			<p>Zentren zugrunde gelegt werden. Die Intensivmedizin ist parameterfokussiert und daher für Telemedizin besonders geeignet. Durch intensivmedizinische Telemedizin kann notwendiges vertieftes Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger Patient*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnahe verfügbar gemacht werden. Dieses spezielle Expertenwissen ist zur optimalen Behandlung insbesondere von komplexeren Krankheitsverläufen erforderlich. Derzeit sind entsprechende Kenntnisse und Erfahrungswerte jedoch noch stark in Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung konzentriert.</p> <p>Das Potential für einen proaktiven Telemedizinansatz in der Intensivmedizin zur Versorgungsgestaltung ist über die Pandemie hinausgegeben. Gründe hierfür sind zum einen Vorhaltungen von Bund und Land für Katastrophenfälle (u.a. Pandemie, MANV), zum anderen sind durch den telemedizinischen Ansatz strukturierter Dialog zur Qualität der Intensivmedizin auf</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>evidenzbasierten Anforderungen und Entscheidungen möglich. Dies umfasst neben den akuten intensivmedizinischen Sicherheitsbelangen der Patienten auch patientenzentrierte Langzeitoutcomes durch strukturierte Nachsorge.</p> <p>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 unterstützt die DGAI, dass mittels Zentren für Intensivmedizin Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend und auch telemedizinisch dauerhaft angeboten wird. Durch Zentren für Intensivmedizin wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht. Sie tragen signifikant zur Stärkung der Krisenresistenz bei, insbesondere bei überregionaler Knappheit von freien Betten durch Ressourcenüberlastung oder Ausfall von Kliniken, wie beispielsweise im Rahmen der Hochwasserkatastrophe 2021. Das in solchen Szenarien etablierte Kleeblattsystem ergänzt diese Krisenresistenz und dient der Vermeidung von Triagenotwendigkeiten. Ergänzt werden diese Strukturen durch telemedizinische Angebote. Nur so kann man der nachgewiesenen versorgungsverbessernden intensivmedizinischen Behandlung von kritisch kranken Intensivpatienten, auch bei Mangellagen qualitätsgesichert gerecht werden.</p> <p>Eine Zuordnung im Rahmen klassischer einzeldisziplinspezifischer Erkrankungs- und Organfokussierung wird aber nicht der grundsätzlich für eine qualitätsgesicherte Behandlung schwerstkranker Intensivpatienten erforderlichen Ausrichtung auf die</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>hohen interdisziplinären fächerübergreifenden Anforderungen gerecht. Intensivmedizinisch kompetent zu behandeln sind schwerste lebensbedrohende Indikationen wie z. B. Beatmung, akutes Lungenversagen und Sepsis gehören stets zum speziellen interdisziplinären Behandlungsspektrum der Intensivmedizin.</p> <p>Deshalb ist es aus Sicht der DGAI erforderlich, dass Zentren für Intensivmedizin eigenständig und übergreifend ausgewiesen werden, um sich an den vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen zu orientieren.</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 krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung aufgrund außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ab und ist somit hervorragend geeignet, die aus unserer Sicht</p>		
--	--	---	--	--

			<p>erforderliche Struktur im Rahmen der GKV Regelversorgung rechtssicher und dauerhaft abzubilden.</p> <p>Die vorgeschlagenen Qualitätsanforderungen in §1 und besondere Aufgaben in §2 sind anspruchsvoll, werden von der DGAI als absolut angemessen eingeschätzt. Es bestehen seitens der DGAI hier keine Änderungs- und Ergänzungswünsche.</p>		
--	--	--	--	--	--

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
28	DGK	Die Position sollte abgeändert werden.	<p>Position B votiert für die Bildung von intensivmedizinischen Zentren. Im Wesentlichen werden hier die gleichen Voraussetzungen genannt, die Position A als Voraussetzung für die Durchführung von telemedizinischen intensivmedizinischen Visiten nennt. Im Unterschied zu Position A ist wird hier die telemedizinische intensivmedizinische Visite ausschließlich vom intensivmedizinischen Zentrum durchgeführt und ist eine fakultative Leistung. Die technischen Voraussetzungen zur Durchführung einer solchen Visite erscheinen angemessener als bei Position A.</p> <p>In Deutschland bestehen vielfach, gerade an den Maximalversorgern, eigenständige anästhesiologische und internistische Intensivstationen, was Vorteile hinsichtlich der Behandlung der Grunderkrankungen bietet. Die erforderliche Kapazität von 30 High Care Betten zur Bildung eines intensivmedizinischen Zentrums</p>	<p><b>DKG:</b> Die 30 High-Care Betten müssen in der Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft an einem Standort vorgehalten werden. Somit können sich – wie von der Fachgesellschaft aufgeführt – Anästhesie und Innere Medizin durch Vernetzung der Intensivstationen zu einem Intensivmedizinischen Zentrum formen.</p> <p>Da die Intensivmedizin als hochspezialisierter und interdisziplinär aufgestellter Bereich eine zentrale Rolle in der Beratung von angegliederten Krankenhäusern spielt, sind die Vorhaltungen am Standort vorzuhalten und nicht in Kooperation.</p> <p>Eine Einschränkung bei der ECMO erscheint nicht sinnvoll und ist auch nicht</p>	<b>DKG:</b> Nein.



Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>könnte durch die Quervernetzung – aber nicht Fusion - von Intensivstationen (bspw. Anästhesie und Innere Medizin) und der resultierenden Kooperation erreicht werden, was prinzipiell zu befürworten ist.</p> <p>Um eine angemessene Anzahl von verfügbaren Telemedizinstandorten zu rekrutieren, sollte die 24/7 Bereitschaft und das Vorhandensein von bestimmten Merkmalen (Herzchirurgie, ECMO Abholdienst, interventionelle Radiologie) als Kooperation gelöst werden können.</p> <p>Im Detail hieße dies:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.i.: ...am Standort mindestens mit Facharztstandard oder mit vertraglich festgelegter Kooperation...</li> <li>- 1.j.: Einschränkung auf vv-ECMO</li> <li>- 1.k.: Weaning-Einheit: Diese sollte in Kooperation zu akzeptieren sein. Es gibt ja bereits zertifizierte Weaningzentren, die also auch</li> </ul>	<p>in den Anforderungen der Divi enthalten.</p> <p>Die invasive Beatmung stellt einen wichtigen Teil des Behandlungsspektrums eines Zentrums für Intensivmedizin dar. Konstellationen, in denen nicht verlegungsfähige Patienten im Rahmen des Weanings der Versorgung eines intensivmedizinischen Zentrums bedürfen, erfordern die zum (prolongierten) Weaning erforderliche fachliche Expertise und Ausstattung. Hierzu verfügt das Zentrum für Intensivmedizin über entsprechend ausgestattete Bereiche im Sinne einer Weaning-Einheit. Kooperationen mit Weaning-Einheiten sind für verlegungsfähige Patienten zulässig.</p>	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>aufgrund der dort herrschenden Expertise genutzt werden sollten. Diese Expertise wird eine „Weaning-Einheit“ nicht liefern können.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p> <p>Anmerkung: Die unter Position A aufgeführte telemedizinische intensivmedizinische Visite ist ebenfalls als fakultative Leistung vorgesehen.</p>	
29	DGTHG	<b>Allgemeine Vorbemerkung</b>	<p>Es spricht prinzipiell nichts gegen die Einführung eigener Zentren für Intensivmedizin. Diesbezüglich könnte es je-doch sinnvoll sein, zunächst eine Folgenabschätzung vor-zunehmen, wie viele Einrichtungen in Deutschland die Anforderungen erfüllen können, um zu vermeiden, dass die Regelung zu Versorgungslücken führt.</p> <p>Es spricht allerdings nichts dafür, die Möglichkeit der an-deren Zentren, ggf. intensivmedizinische telemedizinische Leistungen als besondere Aufgabe zu übernehmen, zu streichen. Diese Möglichkeit sollte im Gegenteil</p>	<p>Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Daten wird eine Folgenabschätzung durchgeführt. Zudem ist bei intensivmedizinischen Indikationen in der Regel mehr als ein Organ betroffen. Bei dem Zentrum für Intensivmedizin steht die interdisziplinäre Aufgabenerfüllung im Vordergrund. Das bedingt, dass nur ein singuläres Zentrum für Intensivmedizin, nicht aber andere organspezifische</p>	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			erhalten bleiben, um die in den anderen Zentren unzweifelhaft vorhandene Expertise für besondere, fach- und/oder organbezogene Fragestellungen weiter nutzen zu können.	<p>Zentren, die besonderen Aufgaben wahrnehmen kann. Bislang festgeschriebene Zentren leisten einen erheblichen Beitrag bei der intensivmedizinischen Expertise ihres Fachgebiets, decken aber in der Regel nur einen begrenzten Fachbereich ab. Durch den stark ausgeprägten interdisziplinären Charakter verbinden die Zentren für Intensivmedizin die einzelnen Fachbereiche.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p> <p>Anmerkung: Konkurrierende Regelungen zu der gleichen besonderen Aufgabe in den fachspezifischen Zentren und Intensivmedizinischen</p>	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				Zentren sind im Sinne der Normklarheit zwingend zu vermeiden	
30		<p><b>§ 1, Nr. 1, lit a)</b> Ergänzung bzw. Korrektur des Satzes „Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010.“</p>	<p>Seit November 2022 liegen neue Empfehlungen der DIVI vor, die daher in diesem Kontext verwendet werden sollten. Der entsprechende Passus im Satz sollte daher lauten: „ ... Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom <del>30.11.2010</del> 28.11.2022.“</p>	<p><b>DKG:</b> Die Deutsche Krankenhausgesellschaft nimmt diesen Hinweis dankend an und passt den Beschlussvorschlag dahingehend an.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	<p><b>DKG:</b> Änderung wird übernommen.</p>

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
31		<p><b>§ 1, Nr. 1, lit b)</b> Ergänzung der Beschreibung der Leitung des Zentrums um den pflegerischen Anteil</p>	<p>Die Beschreibung der Leitung des Zentrums sollte nicht nur die Qualifikation der Ärzte berücksichtigen, sondern auch die Anforderungen an die Qualifikation der Leitung des Pflegedienstes.</p> <p>Die DIVI hat in ihren Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 folgende Formulierung gefunden: „Die Stationsleitung einer Intensivstation soll über die Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ oder „Intensivpflege“ und zusätzlich möglichst über ein abgeschlossenes Studium im Bereich der Pflege, mindestens aber eine staatlich anerkannte Weiterbildung zur Leitung einer Station verfügen.“</p> <p>Wir empfehlen eine sinngemäße Übernahme der Formulierung.</p>	<p><b>DKG:</b> Die Regelungen für die pflegerische Leitung der Intensivstation wird als sachgerecht bewertet und wird übernommen. Auch vor dem Hintergrund der definierten besonderen Aufgabe, welche die pflegerische Expertise betrifft, sollte dieser Aspekt in den Anforderungen übernommen werden.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	<p><b>DKG:</b> Übernahme eines neuen Punktes c) „Die Stationsleitung einer Intensivstation soll über die Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ oder „Intensivpflege“ und zusätzlich möglichst über ein abgeschlossenes Studium im Bereich der Pflege, mindestens aber eine staatlich anerkannte Weiterbildung zur Leitung einer Station verfügen.“</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
32		<p><b>§ 1, Nr. 1, lit f)</b></p> <p>Ergänzung der Beschreibung der Vorhaltung von intensivmedizinisch qualifiziertem ärztlichem Personal um den pflegerischen Anteil</p>	<p>Wenn man die Vorhaltung von intensivmedizinisch qualifiziertem ärztlichem Personal mit 15 Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin am Standort vorgibt, sollte dies um die entsprechenden Voraussetzungen für das Pflegepersonal ergänzt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das in Anlage 8 beschriebene Zentrum für Intensivmedizin mindestens die Kriterien der Stufe 3 der DIVI Empfehlung von 2022 erfüllen muss.</p> <p>Legt man daher die DIVI-Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 zugrunde, könnte der zu ergänzende Satz lauten: „Für jedes betreibbare Intensivbett sollte pro Schicht 1 Pflegefachperson zur Verfügung stehen. Zudem soll der Anteil an Pflegefachpersonen mit der zusätzlichen Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ oder „Intensivpflege“ in jeder Schicht mindestens 30% des Pflegeteams der Intensivstation betragen.</p>	<p><b>DKG:</b> Dieser Aspekt ist abgebildet durch den Verweis auf die DIVI Anforderungen in § 1 Abs. 1 a.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
33		<p><b>§ 1, Nr. 1, lit g)</b> Ergänzung der Beschreibung der täglichen Verfügbarkeit infektiologischer/mikrobiologischer</p>	<p>Diese Formulierung lässt Interpretationsspielräume offen, da nicht genau spezifiziert ist, wie die geforderte „Kompetenz“ vollumfänglich erfüllt wird. Ferner erschließt sich nicht warum unter g) die „tägliche Verfügbarkeit“ jedoch unter h) nur die „Verfügbarkeit“ gefordert wird.</p>	<p><b>DKG:</b> Hierbei geht es um den Zugang zu infektiologischer oder mikrobiologischer Kompetenz. Diese Expertise wird einzelfallbezogen konsiliarisch sowie in Form von regelmäßig stattfindenden infektiologischen oder mikrobiologischen Visiten im Zentrum in die Patientenbehandlung integriert. Sie steht darüber hinaus als wichtiger Bestandteil des Zentrums für Intensivmedizin anderen Krankenhäusern beratend zur Verfügung.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p>
34		<p><b>§ 1, Nr. 1, lit i)</b> Ergänzung der Beschreibung der Einsatzbereiche, die am Standort</p>	<p>Aus dieser Formulierung erschließt sich nicht, was unter einem „Einsatzbereich“ zu verstehen ist;</p>	<p><b>DKG:</b> Den Ausführungen wird gefolgt. Die Formulierung</p>	<p><b>DKG:</b> Übernahme „Fachdisziplinen“.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		mindestens mit Facharztstandard verfügbar sind	z.B., ob es hier um Fachabteilungen, Abteilungen, Kliniken, Institute oder andere Organisationsformen handeln soll.	„Fachdisziplinen“ aus dem Konzept der DIVI wird aufgegriffen.	
				<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bezieht sich auf die Position der DKG.	
35		<b>§ 1, Nr. 1, lit j)</b> Ergänzung der Beschreibung der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO)	Der Begriff „ECMO“ sollte näher konkretisiert werden, z.B. „vvECMO“ oder „vvECMO und vaECMO“ oder „mit Indikation zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) oder extrakorporalen Herz-Kreislaufunterstützung (ECLS)“.	<b>DKG:</b> Siehe Stellungnahme oben.	<b>DKG:</b> Nein.
				<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bezieht sich auf die Position der DKG.	
36		<b>§ 1, Nr. 1, lit k)</b> Streichen des Satzes	Hier stellt sich die Frage, ob das Vorhandensein einer Weaning-Einheit tatsächlich eine zwingende Strukturanforderung darstellt oder nicht. Zumindest in der unlängst veröffentlichten „Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022“ der DIVI ist dies kein zwingendes Strukturmerkmal einer Intensivstation	<b>DKG:</b> Siehe Stellungnahme oben.	<b>DKG:</b> Nein.
				<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bezieht sich auf die Position der DKG.	



Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
37	DGOU, DGU, DGOOC	<b>Grundsatz</b>	<p>Zentren für Intensivmedizin (losgelöst bzw. zusätzlich von/zu etablierten Versorgungsstrukturen in der Traumaversorgung, z.B. ÜTZ) sind auf Basis der aktuellen Versorgungsstrukturen insbesondere in Verbindung mit Spezialkompetenzen (Trauma, Herz, Lunge usw.) im Rahmen der Zentrumsregelung nicht sinnvoll und wird abgelehnt.</p> <p>Es findet eine Vermischung mit den OPS-Komplexcodes 8-980 und 8-98f statt. Dies führt in einer operativen Umsetzung zu erhöhtem Regelungsbedarf und zusätzlicher Bürokratisierung. Die Zentrumsregelung geht hier am Bedarf vorbei. Der vorgestellte Entwurf ist nicht im Vorfeld mit den Bedürfnissen der Unfallchirurgie vorüberlegt und nicht vom Verständnis der Fachlichkeit geprägt. Der Entwurf berührt diverse weitere Rechtskreise (z. B. Apothekenrecht), die hier nicht berücksichtigt sind.</p> <p>Zu kinderonkologischen Themen wird auf die Stellungnahme der pädiatrischen und onkologischen</p>	<p><b>DKG:</b> Bei intensivmedizinischen Indikationen ist in der Regel mehr als ein Organ betroffen. Bei dem Zentrum für Intensivmedizin steht die interdisziplinäre Aufgabenerfüllung im Vordergrund. Das bedingt, dass nur ein singuläres Zentrum für Intensivmedizin – nicht aber organspezifische Zentren - die besonderen Aufgaben wahrnehmen kann. Bisher festgeschriebene Zentren leisten einen erheblichen Beitrag bei der intensivmedizinischen Expertise ihres Fachgebiets, decken aber in der Regel nur einen begrenzten Fachbereich ab. Durch den stark ausgeprägten interdisziplinären Charakter verbinden die Zentren für</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			Zweige der Fachgesellschaften verwiesen. Eine unmittelbare Betroffenheit der DGOU und DGU besteht nicht.	Intensivmedizin die einzelnen Fachbereiche.	
				<b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.  Bezieht sich auf die Position der DKG.	
38		<b>Bettenzahl</b>	Die geforderten 30 Betten sind nicht passend für besondere intensivmedizinische Qualifikationen insbesondere bei z. B. Brandverletzten, Polytrauma usw.. Zudem gibt es diverse Mischbilder mit internistischen Erkrankungen, die hier nicht abgegrenzt sind. Die generalistische Bettenbetrachtung ist zu undifferenziert und ist kein Maß für Spezialkompetenzen im Rahmen der Intensivmedizin. Zudem ist nicht geklärt, ob es sich um aufgestellte oder betriebene Betten handelt.	<b>DKG:</b> Das Zentrum für Intensivmedizin hält mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit der invasiven Beatmung vor. Die Zahl von 30 Intensivbetten stellt eine entsprechende Erfahrung bei der intensivmedizinischen Versorgung sicher. Das Zentrum für Intensivmedizin kann aus mehreren Intensivtherapiestationen mit unterschiedlichen	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>Schwerpunkten bestehen. Die geforderten 30 Betten sind als Summe der Betten dieser Schwerpunkte zu verstehen.</p> <p>Es handelt sich um betriebene Betten.</p>	
				<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	
39		<b>Kompetenzen</b>	<p>Die geforderten 24/7 Aufnahmebereitschaft, die personelle Ausstattung, die fachärztliche Kompetenz, fachärztliche Standards usw. sind entweder kein besonderes Kriterium eines Zentrums, da Standard oder bereits jetzt in kaum einer Klinik realisierbar, auch nicht Universitätskliniken oder spezialisierten Traumaversorgern. Für eine dezidierte Stellungnahme zum Thema, ECMO-Abholdienste, Weaning-Einheiten, Pharma-Visite, Krankenhausapotheke usw. reicht die Zeit bis zum 02.01.2023 nicht</p>	<p><b>DKG:</b> Leider ist aus der Stellungnahme nicht ersichtlich, welche Punkte nicht realisierbar sind, weshalb keine Anpassungen dahingehend vorgenommen werden können.</p>	<b>DKG:</b> Nein.
				<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			aus und wird bei Bedarf nachgereicht.		
40		<b>Forschungstätigkeit</b>	Die Formulierungen werden ausdrücklich begrüßt, da es einen bisherigen Konstruktionsfehler der Zentrumsregelungen aufgreift. Es ist jedoch nicht ausformuliert, wie eine geeignete Quantifizierung erfolgt. Es sollten aber auch noch Weiterbildungsverpflichtungen aufgenommen werden.	<p><b>DKG:</b> Die Weiterbildung ist in § 1 Nr. 1b aufgegriffen. Die Weiterbildungsermächtigung wird nur erteilt, wenn das Krankenhaus auch weiterbildet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen. Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	<b>DKG:</b> Nein.
41		<b>Telemedizin</b>	Die Telemedizin ist nicht ausreichend beschrieben (Messengerdienste, Datenschutz usw.). Zielführend ist keine tägliche Visite sondern eine Verfügbarkeit on demand und dann mit der notwendigen Kompetenz (das führende Grundleiden ist zu berücksichtigen).	<b>DKG:</b> Unter § 3 Abs. 9 der Zentrums-Regelungen wird beschrieben, dass geeignete Leistungen einer besonderen Aufgabe auch telemedizinisch erbracht werden können. In diesem Zusammenhang werden Anforderungen an die Audio- und Videoübertragung, an den Zugriff auf die Daten des Patienten und die	<b>DKG:</b> Nein.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
				<p>Dokumentation gestellt und somit umrissen.</p> <p>Darüber hinaus wird im Intensivmedizinischen Zentrum keine tägliche Visite gefordert, sie muss allerdings bei Bedarf täglich durchführbar sein.</p>	
				<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
42	DGfN	<p><b>1 Qualitätsanforderungen</b>  <b>1. Strukturelle Anforderungen</b>  a) Vorhaltung einer überregionalen intensivmedizinischen Schwerpunktversorgung mit einer intensivmedizinischen, interdisziplinären Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie am Standort. Die personelle und apparative Ausstattung orientiert sich an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 sowie an der S1-Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ (AWMF Registernummer 090 – 004).</p>	<p>Bei den strukturellen Anforderungen an Intensivmedizinische Zentren für überregionale intensivmedizinische Schwerpunktversorgung wird die Möglichkeit zur Organersatztherapie am Standort gefordert. Dabei sollen sich die Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der Intensivstationen auch hinsichtlich von Nierenersatzverfahren an den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der DIVI vom 30.11.2010 orientieren. In einer von der DIVI in 2022 aktualisierten Version der „Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022“ wurden die Anforderungen an die apparative Ausstattung von Intensivstationen hinsichtlich der Nierenersatzverfahren in einem 3-Stufenmodell weiter spezifiziert. In beiden DIVI Empfehlungen wird das Vorhalten von kontinuierlichen und intermittierenden oder nicht-kontinuierlichen Nierenersatzverfahren einschließlich CVVHD gefordert.</p>	<p><b>DKG:</b> Zustimmung zu den Ausführungen, ist abgebildet durch Ergänzung in § 1 Abs. 1 i.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	<p><b>DKG:</b> Nein.</p>

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Die DGfN weist darauf hin, dass eine nicht weiter spezifizierte Anforderung an ein pauschales Vorhalten kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren auf Intensivstationen ohne eine gleichzeitige Einbeziehung nephrologischer Fachexpertise in individualisierte Indikationsstellung, Verordnung und Durchführung spezifischer Nierenersatzverfahren medizinisch nicht zu vertreten ist. Das Spektrum kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren geht heute weit über die auf deutschen Intensivstationen bei akutem Nierenversagen in der Regel verwendeten CVVHF- und CVVHD-Verfahren hinaus. Das in Deutschland von Fachärztinnen und Fachärzten für Nephrologie bei der Behandlung akuter und chronischer Nierenerkrankungen regelmäßig zur Anwendung gebrachte breite Spektrum der Nierenersatzverfahren umfasst neben der intermittierenden Low-Flux und High-Flux-Hämodialyse auch die Postdilutions-,</p>		

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Prädilutions- oder Mixed-Dilutions-Hämodiafiltration, die erweiterte (,expanded') Hämodialyse (HDx), sowie verschiedene kontinuierliche und nicht-kontinuierliche Verfahren der akuten und chronischen Peritonealdialyse (APD, CAPD, CCPD, IPD, etc.).</p> <p>Bei einer Forderung nach einem pauschalen Vorhalten kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatzverfahren muss sichergestellt sein, dass das gesamte Spektrum moderner Nierenersatzverfahren jederzeit verfügbar und von geschultem ärztlichen und pflegerischen Personal sachgemäß durchgeführt werden kann.</p> <p>Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner können durchaus Ausbildung und Erfahrung mit auf Intensivstationen oft etablierten kontinuierlichen Hämodialyseverfahren, wie CVVH und CVVHD, nachweisen, jedoch nicht mit den zahlreichen anderen Modalitäten der Nierenersatzverfahren. Ein Großteil dieser Verfahren, insbesondere</p>		



Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>intermittierende Hämodialyseverfahren und sämtliche Peritonealdialyseverfahren, sollten in intensivmedizinischen Zentren nur von Fachärzten und Fachärztinnen für Nephrologie sowie nephrologisch geschultem Fachpflegepersonal durchgeführt werden.</p> <p>Das gesamte Spektrum an Nierenersatzverfahren kann auf Intensivstationen nur unter Hinzuziehung ärztlicher und pflegerischer nephrologischer Fachexpertise angeboten werden. Hinsichtlich der Anforderungen an die personelle, organisatorische und apparative Ausstattung von Intensivstationen bei der Durchführung von kontinuierlichen und intermittierenden Nierenersatzverfahren wird auf die aktuelle S1-Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ (AWMF Registernummer 090 – 004) verwiesen.</p>		

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		i) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kardiologie,</li> <li>- Gastroenterologie,</li> <li>- <b>Nephrologie</b></li> <li>- Neurologie,</li> <li>- Hämatookologie,</li> <li>- Pulmonologie,</li> <li>- Anästhesiologie,</li> <li>- Pädiatrie,</li> <li>- Viszeral- und Transplantationschirurgie,</li> <li>- Unfallchirurgie,</li> <li>- Gefäßchirurgie,</li> <li>- Herzchirurgie,</li> <li>- Thoraxchirurgie,</li> <li>- Neurochirurgie,</li> <li>- Interventionelle Neuroradiologie,</li> <li>- Psychiatrie/Psychosomatik,</li> <li>- HNO oder MKG,</li> </ul>	Basierend auf den oben angeführten Argumenten sollte das Vorhalten eines Facharztstandards Nephrologie ein Mindestkriterium sein für Intensivmedizinische Zentren, die das breite Spektrum kontinuierlicher und nicht-kontinuierlicher Nierenersatztherapie vorhalten und anbieten wollen.	<b>DKG:</b> Übernahme des Punktes. Die Nephrologie sollte bei der Aufzählung im Intensivmedizinischen Zentrum genannt werden, da sie einen wesentlichen Teil der Expertise im Hinblick auf das gesamte Spektrum der Nierenersatzverfahren wie auch in der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellt.	<b>DKG:</b> Aufnahme des Stichpunktes „- Nephrologie“ unter § 1 Nr. 1 Buchstabe i)

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
43	DGPalliativ	<p><b>§ 1 Qualitätsanforderungen</b>  <b>1. Strukturelle Anforderungen</b></p> <p>[...]</p> <p>f) Mindestens 15 Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin am Standort.</p> <p>g) <b>Verfügbarkeit von Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung</b></p> <p>h) Tägliche Verfügbarkeit infektiologischer/mikrobiologischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie, auch in Kooperation möglich.</p> <p>[...]</p>	<p>Neben mikrobiologischer und pharmazeutischer Kompetenz sollte auch spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz in einem Intensivzentrum verfügbar sein. Ca. 20 % der Patientinnen und Patienten sterben auf der Intensivstation, noch viel mehr sind lebenslimitiert erkrankt und damit potentielle Palliativpatient*innen mit Symptomlast. Neben den hochtechnisierten Verfahren sollte daher auch Kompetenz der spezialisierten Palliativversorgung zur Symptomkontrolle und Unterstützung in der realistischen Therapiezielfindung vorhanden sein. (1,2)</p>	<p><b>DKG:</b> Zustimmung zu den Ausführungen der Fachgesellschaft und Übernahme des Punktes. Die spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz ist in einem Intensivmedizinischen Zentrum vorzuhalten.</p> <p>Von der Nennung der Palliativmedizin wird abgesehen, da eine Verfügbarkeit mit dem neu aufgenommenen Punkt (siehe Oben) abgebildet ist.</p>	<p><b>DKG:</b> Aufnahme des neuen Buchstabens h) „Verfügbarkeit Palliativmedizinischer Betreuung.“</p>

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>j) 12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionelle Neuroradiologie,</li> <li>• Psychiatrie/Psychosomatik,</li> <li>• HNO oder MKG,</li> <li>• Plastische Chirurgie,</li> <li>• Radiologie,</li> <li>• Palliativmedizin</li> </ul> <p>[...]</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	
44	DIVI	<p>Das Präsidium der DIVI unterstützt mit den genannten Änderungswünschen in vollem Umfang die Position B Ihres Vorschlages.</p> <p><b>§1 1. Strukturelle Anforderungen Buchstabe a – Spezielle Vorhaltung:</b></p>	<p>Das Präsidium der DIVI hatte sich bereits wiederholt für eine dauerhafte Aufnahme der Intensivmedizin in den G-BA Zentrenkatalog eingesetzt und ausgesprochen. Das DIVI-Präsidium begrüßt deshalb Ihre sehr wichtige Initiative zur Einbindung von eigenständigen Intensivzentren in</p>	<p><b>DKG:</b> Zustimmung zum Vorschlag, auf die neuen Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 zu verweisen. Dieser Punkt wird übernommen. (Siehe oben)</p>	<p><b>DKG:</b> Übernahme, s.o.</p>

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Aufgrund der Tatsache, dass die DIVI die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ gerade aktualisiert hat, empfehlen wir eine Orientierung an den neuen Empfehlungen der DIVI bzgl. der personellen, infrastrukturellen, apparativen und sonstigen Ausstattung der Intensivmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Kurzfassung)  <a href="https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlungen-intensivstationen-kurzversion.pdf">https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlungen-intensivstationen-kurzversion.pdf</a></li> <li>• Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Langfassung)  <a href="https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlungen-intensivstationen-langversion.pdf">https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlungen-intensivstationen-langversion.pdf</a></li> </ul> <p><b>§1 Buchstabe k: Vorhaltung einer Weaning-Einheit</b></p>	<p>den G-BA Zentrenkatalog ausdrücklich.  Die zukunftsfähige Gestaltung der postpandemischen Intensivmedizin in Deutschland ist insbesondere durch nachfolgende Eckpunkte begründet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unterstützung der zeitnahen Implementierung evidenzbasierter Medizin und optimierter datengestützter Erkenntnisgewinn</li> <li>2. Bereitstellung von medizinischer Expertise in der ganzen Breite der Medizin durch Universitätskliniken/Maximalversorger zum Wohle und zur Sicherheit von Patient*innen</li> <li>3. Effiziente Überlaufmechanismen für Phasen überdurchschnittlicher Ressourcenauslastung</li> <li>4. Intensivmedizinische Telemedizin zur ortsnahen Verfügbarkeit von notwendigem vertieftem Expertenwissen zur Versorgung intensiv-pflichtige Patient*innen über ein digital gestütztes Versorgungs-netzwerk Im Vordergrund steht dabei die jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und</li> </ol>	<p>Bezüglich der Anforderungen an eine Weaning-Einheit, siehe oben.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bezieht sich auf die Position der DKG.</p>	

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
		<p>Aufgrund der Tatsache, dass nur einige Universitätskliniken eine eigene Weaning-Einheit vorhalten sollte es auch möglich sein, dass zusätzlich anerkannt wird, wenn ein Kooperationsvertrag/Verlegungs-SOP's mit einem oder mehreren externen Weaning-Einheiten besteht inklusive einer telemedizinischen Anbindung zwischen Intensivzentrum und externer Weaning-Einheit.</p>	<p>Therapie, die strukturell den Zentren zugrunde gelegt werden. Die Intensivmedizin ist in entscheidenden Aspekten der Behandlung parameterfokussiert und daher für Telemedizin besonders geeignet. Durch intensivmedizinische Telemedizin kann notwendiges vertieftes Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger Patient*innen über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnahe verfügbar gemacht werden. Dieses spezielle Expertenwissen ist zur optimalen Behandlung insbesondere von komplexeren Krankheitsverläufen erforderlich. Derzeit sind entsprechende Kenntnisse und Erfahrungswerte jedoch noch stark in Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung konzentriert. Das Potential für einen proaktiven Telemedizinansatz in der Intensivmedizin zur Versorgungsgestaltung ist über die Pandemie hinausgegeben. Gründe hierfür sind zum einen Vorhaltungen von Bund und Ländern für Katastrophenfälle</p>		

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>(u.a. Pandemie, MANV), zum anderen ist durch den telemedizinischen Ansatz ein strukturierter Dialog zur intensivmedizinischen Qualität auf evidenzbasierten Anforderungen und Entscheidungen möglich. Dies umfasst neben den akuten intensivmedizinischen Sicherheitsbelangen der Patienten auch patientenzentrierte Langzeitoutcomes durch strukturierte Nachsorge. Teleintensivmedizin integriert automatisch eine Zweitmeinung, reduziert unnötige Verlegungen kritisch erkrankter Patienten und ermöglicht ortsnahe Versorgung auf höchstem 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 unterstützt die DIVI, dass mittels Zentren für Intensivmedizin Spitzenintensivmedizin mit höchster Kompetenz flächendeckend und auch</p>		

Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>telemedizinisch dauerhaft angeboten wird. Durch Zentren für Intensivmedizin wird eine langfristige Perspektive für die Sicherstellung einer hochqualitativen und flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglicht. Im Unterschied zum bisherigen Zentrumsdenken, in dem die spezialisierte Behandlung von speziellen Erkrankungen oder von erkrankten Organen oder Organsystemen im Vordergrund stand, - besteht eine solche Zuordnung im Rahmen klassischer einzeldisziplinspezifischer Erkrankungs- und Organfokussierung nicht. Vielmehr ist für eine qualitativ höchstwertige Behandlung schwerstkranker Intensivpatienten eine hohe interdisziplinäre fächerübergreifende Expertise in der ganzen Breite der zugrundeliegenden Entitäten erforderlich. Beispielhaft seien hier das spezielle interdisziplinäre Behandlungsspektrum der Intensivmedizin bei schwersten</p>		



Nr .	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>lebensbedrohenden Erkrankungen der unterschiedlichsten Ursachen zu nennen. Dafür muss sowohl die Intensivtherapie als auch die gleichzeitige Behandlung der Grunderkrankung sowohl auf höchstem medizinischem Niveau als auch interdisziplinär und interprofessionell abgestimmt werden. Wir verweisen dazu explizit auf die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ die jüngst von der DIVI auf dem Boden wissenschaftlicher Evidenz ausgesprochen wurden. Darin sind starke Empfehlungen zur erforderlichen Ausstattung der Krankenhäuser, insbesondere auch zur Vorhaltung von Fachexpertise formuliert.</p> <p>Deshalb ist es aus Sicht der DIVI erforderlich, dass Zentren für Intensivmedizin eigenständig und übergreifend ausgewiesen werden, um sich an den vielfältigen interdisziplinären und fächerübergreifenden Anforderungen zu orientieren.</p> <p>Aus Sicht der DIVI ist es wichtig, dass die Einrichtung von</p>		

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>Intensivzentren komplementär zu den Vorschlägen in der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung durchgeführt wird. Aus Sicht der DIVI sollten Intensivzentren lediglich in Krankenhäusern der Level III und Level IIIU (Universitätsmedizin) eingerichtet werden.</p> <p>Die DIVI möchte noch auf eine spezielle Indikation hinweisen. Aufgrund der besonders hohen fachspezifischen Expertise sollten die telemedizinischen Schlaganfallnetzwerke neben eigenständigen Zentren für Intensivmedizin weiterhin bestehen bleiben, um die fach- und zeitkritische Versorgung dieser Patientengruppe durch die schon bestehenden Strukturen weiter zu sichern.</p> <p>Der G-BA Zentrenbeschluss stellt neben erforderlichen bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen auf besondere Aufgabe nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V aus einer</p>		

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
			<p>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 vorgeschlagenen Qualitätsanforderungen in §1 und besondere Aufgaben in §2 sind anspruchsvoll, werden von der DIVI überwiegend als angemessen eingeschätzt.</p>		

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
<b>Änderung Anlage 2 – „Onkologische Zentren“ (Position B)</b>					
45	DGKCH	30 Behandlungsfälle Kinderonkologie; Entfernung max. 15000 m	Diese Änderung orientiert sich an den Kriterien für die OnkoZert-Zertifizierung Kinderonkologie. Wenn diese umgesetzt wird, dann sollten auch die anderen im Rahmen der OnkoZert festgelegten Kriterien, nämlich Entfernung zwischen den Standorten maximal 45 km gelten. Daher bittet die DGKCH darum,	<b>DKG:</b> Die von OnkoZert übernommene Fallzahl von 30 Behandlungsfällen wird nicht geändert. Diese ist bereits seit der Erstfassung der Zentrums-Regelungen enthalten. Die	<b>DKG:</b> Änderung des km-Abstandes auf 30000m

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
			<p>den Abstand zwischen kideronkologischem Zentrum und kideronkologischer Einheit zu ändern.</p> <p>Eine mögliche Regelung wäre das Vorhalten einer kideronkologischen Ambulanz an 3 Tagen pro Woche und damit 45 km Grenze.</p>	<p>Argumentation der Fachgesellschaft ist nachvollziehbar. Eine Angabe des maximalen Radius soll weiterhin bestehen bleiben, um sicher zu gehen, dass sich die Kinderonkologische Einheit in der räumlichen Nähe des Onkologischen Zentrums befindet. Die km-Angabe wird auf 30000 erhöht.</p> <p><b>GKV-SV:</b> der Änderungsvorschlag wurde zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Ausweitung der Entfernungsregelung (ob 15KM oder 45KM) wird als nicht sachgerecht abgelehnt.</p> <p>Es gibt eine geltende Vereinbarung zur Standortdefinition (gemäß § 2a Absatz 1 KHG), welche von DKG und GKV-Spitzenverband gemeinsam vereinbart wurde.</p> <p>Die besonderen Aufgaben von Zentren ergeben sich insbesondere aus der</p>	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
				notwendigen Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten (wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen).	
46	DGKJ, GPOH, GPR	<p><b>§ 1 nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:</b></p> <p>6. Die Tumorentität „Kinderonkologie“ muss nicht am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden sein; es ist ein Kooperationsvertrag zwischen Kinderonkologischer Einheit und dem Standort des</p>	In der KiOnk-RL ist beschrieben, welche Kooperationspartner für die Kinderonkologischen Zentren in welcher Distanz zur Verfügung stehen müssen, so dass wir vorschlagen, auf eine maximale Distanzangabe zu verzichten (Streichung der Klammer []). Alleinstehende Kinderonkologische Zentren haben bereits etablierte Partnerkliniken/onkologische Partnerzentren, die oft nicht die nächstgelegene Klinik darstellen, sondern häufiger das nächstgelegene onkologische Zentrum, das selbst über eine Kinderonkologie verfügt, so dass die Wege in diesen Fällen	<b>DKG:</b> An der Distanz soll festgehalten werden, damit die räumliche Nähe der kideronkologischen Einheit zum Onkologischen Zentrum gegeben ist. Siehe oben.	<b>DKG:</b> s. o.

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		<p>Onkologischen Zentrums, [sowie eine räumliche Nähe von nicht mehr als <del>15000</del> 30000 m Luftlinie] vorzuweisen.</p>	<p>länger als 15.000 m sind. Innerhalb solcher Kooperationen sind die Kinderonkologischen Belange deutlich effizienter und patientenfreundlicher organisierbar. Wenn an einer Distanzangabe festgehalten werden soll, dann schlagen wir vor, diese auf 30.000 m zu erhöhen.</p> <p>Die wesentlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Kinderonkologie werden in der KiOnk-RL beschrieben und bestehen in der Behandlung in Studien/Registern sowie der Nutzung der damit verbundenen Referenzdiagnostik. Diese sind nicht von Leistungen eines lokalen Tumorzentrums abhängig; auch erfolgt der fachliche Austausch über die Studienleitungen und deren Tumorboards und nicht primär lokal, wie es unten bei den tragenden Gründen beschrieben ist. Wird das Kinderonkologische Zentrum regulatorisch zu eng an das lokale Onkologische Zentrum gebunden, besteht die Gefahr, dass durch lokale Diagnostik und Beratung die spezifisch kinderonkologische Referenzdiagnostik vernachlässigt werden und es damit zu einer Qualitätseinbuße und Kostensteigerung führen könnte.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Änderungsvorschlag wurde zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Ausweitung der Entfernungsregelung (ob 15KM oder 30KM) wird ebenso abgelehnt, wie ein vollständiger Verzicht auf solche Vorgaben</p>	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
47	DGHNO	<p><b>DKG: §4 besondere Aufgaben, Position B, Anlage 8: Punkt i:</b></p> <p>„12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <p>In der Liste: HNO oder MKG</p> <p>HNO und MKG müssen jeweils in einen eigenen Spiegelstrich platziert werden.</p>	<p>Es ist unverständlich, warum in der Reihe der genannten durchaus sehr klar differenzierten Fachbereiche die HNO-Heilkunde und die MKG-Chirurgie in einer „oder-Verbindung“ aufgeführt werden. Es handelt sich auch nach der Weiterbildungsordnung um 2 klar getrennte Fachbereiche, was auch in der Struktur von Lehrstühlen und Kliniken zum Ausdruck kommt. Wie in anderen Fachbereichen gibt es geringe fachliche Überschneidungen, es überwiegen jedoch sehr fachspezifische Kompetenzen, die auch in der onkologischen Betreuung zum Tragen kommen. Die Suggestion einer Austauschbarkeit geht somit an allen Realitäten vorbei und muss aufgelöst werden.</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b></p>
		<p><b>GKV-SV: § 1 Qualitätsanforderungen §4 besondere Aufgaben, Position B, Anlage 8: Punkt i:</b></p> <p>„12 der folgenden Einsatzbereiche sind am Standort mindestens mit Facharztstandard verfügbar:</p> <p>In der Liste: HNO oder MKG</p> <p>HNO und MKG müssen jeweils in einen eigenen</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Kommentierung gehört zum Bereich „Anfügung einer neuen Anlage 8 – „Zentren für Intensivmedizin“ (Position B)“ und ist somit hier fehlverortet.</p> <p>Die Kommentierung bezieht sich unabhängig davon auf die Position der DKG.</p>	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
		Spiegelstrich platziert werden			
48	DGK	Der Änderungsvorschlag wird angenommen.	Eine Kinderonkologie muss nicht am Standort des Onkologisches Zentrums vorgehalten werden. Eine Kooperation mit einer kinderonkologischen Einheit ist ausreichend. Der Abstand von 15 km Luftlinie erscheint arbiträr gewählt.	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme, siehe Ausführungen oben	<b>DKG:</b>
				<p><b>GKV-SV:</b> Die Kommentierung wurde zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine Ausweitung der Entfernungsregelung wird abgelehnt. Dass die gewählten 15KM als Entfernungsvorgabe willkürlich erscheinen, wird jedoch geteilt.</p> <p>Es gibt eine geltende Vereinbarung zur Standortdefinition (gemäß § 2a Absatz 1 KHG), welche von DKG und GKV-Spitzenverband gemeinsam vereinbart wurde.</p>	



Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusentwurf
49	DGOU, DGU, DGOOC	Zu Kinderonkologischen Themen wird auf die Stellungnahme der pädiatrischen und onkologischen Zweige der Fachgesellschaften verwiesen. Eine unmittelbare Betroffenheit der DGOU und DGU besteht nicht.	Die Luftlinienentfernung von 15km scheint nicht zwingend evidenzbasiert. Sie sollte versorgungspolitisch begründet werden. Die Mindestmenge von 30 Fällen scheint nicht zwingend evidenzbasiert.	<p><b>DKG:</b> Siehe oben.</p>	<b>DKG:</b>
				<p><b>GKV-SV:</b> Die Kommentierung wurde zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Mindestfallzahlen für die Kinderonkologie entsprechen den geforderten Fallzahlen im Zertrechner der Deutschen Krebsgesellschaft und beruhen damit auf einem Expertenkonsens. Um anderer Leistungserbringer beraten zu können, muss eine besondere Expertise in der Behandlung von Kinderonkologischen Fällen nachgewiesen werden können.</p>	

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusse ntwurf
<b>Anmerkungen zu den Tragenden Gründen (nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens)</b>					
50	DGP	<b>Änderung Anlagen 3, 5, 6 und 7 (Position A) 2.1.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgabe telemedizinische Visite)</b>	Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Symptombelastung sowie der erschwerten Therapiezielfindung bei Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen hier Erwähnung finden. (1,2)	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.
				<b>GKV-SV:</b> Anmerkungen zur Kenntnis genommen	
51		<b>2.2.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgaben telemedizinische Leistungen)</b>	Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Symptombelastung und bei der realistischen Therapiezielfindung von Patient*innen mit Herzinsuffizienz analog zu den Leitlinien hier Erwähnung finden, da eine Visite ja auch das Ergebnis haben kann, ein palliatives Therapieziel gemeinsam festzulegen. Dann ist spezialisiertes „Know How“ zur Symptomkontrolle sehr hilfreich. (1,2)	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.
<b>GKV-SV:</b> Anmerkungen zur Kenntnis genommen					
52	<b>2.3.2 Zu Buchstabe b) (Besondere Aufgabe telemedizinische Visite)</b>	Auch die spezialisierte Palliativversorgung sollte aufgrund der oft komplexen Therapiezielfindung und Symptombelastung von Patient*innen mit neurovaskulären Erkrankungen hier Erwähnung finden, da eine Visite ja auch das Ergebnis haben kann, gemeinsam ein palliatives Therapieziel gemeinsam festzulegen. Dann ist spezialisiertes palliativmedizinisches „Know How“ zur Symptomkontrolle sehr hilfreich. (1,2)	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.	
			<b>GKV-SV:</b> Anmerkungen zur Kenntnis genommen		

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlusse ntwurf
53		<b>Neue Anlage 8 – Intensivmedizinische Zentren (Position B)</b>	Neben mikrobiologischer und pharmazeutischer Kompetenz sollte auch spezialisierte palliativmedizinische Kompetenz in einem Intensivzentrum verfügbar sein. Ca. 20 % der Patientinnen und Patienten sterben auf der Intensivstation, noch viel mehr sind lebenslimitiert erkrankt und damit potentielle Palliativpatient*innen mit Symptomlast und einer häufig komplexen Therapiezielfindung. Neben den hochtechnisierten Verfahren sollte daher auch Kompetenz der spezialisierten Palliativversorgung zur Symptomkontrolle vorhanden sein. (1,2)	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Nein.
				<b>GKV-SV:</b> Anmerkungen zur Kenntnis ge-nommen	

## B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Lfd. Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA BPL	Beschlussentwurf
<b>Position A; Änderung der Anlagen 3,5, 6 und 7: Telemedizinische Visite</b>					
1.	ERIC	<b>Grundsätzliche Bemerkung:</b> Vorschlag A ist weniger geeignet, die intensivmedizinische Versorgung patient*innenzentriert, qualitativ hochwertig, Mitarbeiter*innenschonend umzusetzen und bedarf einer deutlich höheren Ressourcenallokation in der intensivmedizinischen Versorgung.	Die Intensivmedizin behandelt in der Regelversorgung Patient*innen mit Mehrorganversagen. Für Patient*innen muss sichergestellt sein, dass intensivmedizinisch adäquat weitergebildete Kolleg*innen sich um eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Versorgung kümmern, die das extrem kurzlebige Wissen adäquat schnell und inhaltlich integrieren können. Die Vielzahl von Organzentren führt zu einem Aufwuchs von telemedizinischen Arbeitsplätzen mit Schulungs- und Personalbedarfen und ggf. zu einem Anstieg an Intensivressourcen, da in der Intensivmedizin der Grundsatz time is organs gilt, der durch diese kommunikativen organbezogenen Schnittstellen die interdisziplinäre, multiprofessionelle und intersektorale Versorgung auch in der Telemedizin einschränkt.		
2.	ERIC	<b>Detailbetrachtung:</b>	Der Vorschlag der Position A ergänzt die bestehenden Zentrumsregelung um einen telemedizinisch-intensivmedizinischen Teil in den jeweiligen Organzentren der Anlage 3 (Traumazentren), Anlage 5 (Herzzentren), Anlage 6 (Schlaganfallzentren), Anlage 7 (Lungenzentren). Es werden jeweils Anforderungen beschrieben, die gelten, sofern telemedizinische intensivmedizinische Visiten übernommen werden. Diese Anforderungen bestehen aus Struktur- und Prozessanforderungen an die intensivmedizinische		

		<p>Einheit und im Bereich „Besondere Aufgaben“ werden spezifische Diagnosen genannt, die intensivmedizinische Patient*innen der entsprechenden Zentren betreffen. Grundsätzlich sollte erwähnt sein, dass Patient*innen in der Intensivmedizin unter einem Mehrorganversagen leiden, was in den einzelnen aufgeführten Diagnosen deutlich wird. Krankheitsbilder wie Sepsis sind typischerweise multiorgan-dysfunktioneller Natur.</p> <p><b>Schwächen des Vorschlages:</b></p> <p>Intensivmedizin ist systemmedizinisch ausgerichtet und in Deutschland als Zusatzweiterbildung abgebildet. Intensivmedizin ist auf die interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgung von schwersten Krankheitsbildern spezialisiert.</p> <p>Telemedizin in der Intensivmedizin ist neu etabliert als Instrument, evidenzbasierte Erkenntnisse in der Fläche verfügbar und umsetzbar zu machen. Die in den einzelnen Zentrumsregeln aufgeführten Diagnosen (Anlagen 3,5,6 und 7) zeigen, dass es sich im Grunde immer um systemmedizinische, sehr komplexe Erkrankungsbilder mit Mehrorganversagen handelt.</p> <p>Die Intensivmedizin in Deutschland ist heterogen organisiert, was historisch bedingt ist. Typischerweise wird sie aus Kliniken für Anästhesiologie und/oder Innerer Medizin organisiert, mancherorts aber auch als eigenständige Klinik oder als Organisationseinheit mit interdisziplinärer Geschäftsordnung. Dabei bildet die Intensivmedizin stets einen eigenen medizinischen Bereich (Organisationseinheit mit Behandlungsverantwortung), der interdisziplinär und</p>		
--	--	--	--	--

		<p>multiprofessionell ist und keine reine Behandlungsumgebung oder Funktionsdienstleistung. Letzteres (sog. Open-ICU-Format) ist evident mit einem signifikant erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert (Yang Q, et al. Medicine (Baltimore). 2019 Jul;98(27):e16261.doi: 10.1097/MD.00000000000016261. PMID: 31277148; PMCID: PMC6635169).</p> <p>Die Intensivmedizin als eigener Bereich bedingt naturgemäß viele Schnittstellen und Überschneidungen von Verantwortlichkeiten, die mit einem Kompetenzkonflikt einhergehen können. Die Aufgaben des Gebietes sind in den Weiterbildungsinhalten geregelt und obliegen somit im Kern der Intensivmedizin dem/der zusatzweitergebildeten Intensivmediziner*in. In der Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Reform der Vergütung sind aus diesem Grund (und der Möglichkeit zur Berechnung Intensivmedizin-spezifischer Vorhaltekosten) auch spezifische Leistungsgruppen für intensivmedizinisch behandelte Patientinnen und Patienten vorgesehen. Das Open-Telemedicine-Format, d.h. die modulare Andockung der Telemedizin an Organzentren entsprechend dem Open-ICU-Format, birgt das Risiko einer signifikant schlechteren medizinischen Versorgung. Das digitale Format muss sicherstellen, dass eine verantwortliche Intensivstation mit Fachexpertise die Beratung übernimmt. Da das ERIC Projekt eine solches Open-Telemedicine-Format nicht geprüft hat, können keine positiven Effekte vorausgesagt werden.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Eine Diversifizierung der Intensivmedizin in fachspezifische Intensivstationen (Traumatologie, Neurologie, Kardiologie, Pneumologie, Herzchirurgie etc.) geht an der Realität vorbei und führt zu der Notwendigkeit eines Aufwuchses an Schnittstellen und in der Versorgung durch Abgrenzungstendenzen der telemedizinischen zentralen Hubs und der angeschlossenen Krankenhäuser ggf. sogar wegen der geringeren Interdisziplinarität und Multiprofessionalität zu einem Aufwuchs an Betten. Da die akute Behandlung keine stabile Situation darstellt, werden organspezifische Bereichen der Regelversorgung in der Intensivmedizin nicht gerecht.</p> <p><b>Stärken des Vorschlages:</b></p> <p>Der Vorschlag zielt auf eine pragmatische Umsetzung des ERIC-Projektes im Rahmen der bestehenden Zentrumsregelung und unter Berücksichtigung des in ERIC eingeschlossenen Patientenkollektivs ab. Die Ergänzung der Regelung ohne eine neue Anlage greift eine bestehende Struktur auf und ist somit in der Umsetzungsgeschwindigkeit schnell.</p> <p>Auch wenn es sich um eine Verteilung einer „Gesamtleistung“ über verschiedene Zentren und damit Einzelleistungsbereiche handelt, kann durch Spezifikationen im Anforderungskatalog erzielt werden, dass die Leistung gesammelt erbracht wird. Ebendies wird im Vorschlag auch explizit benannt. Es wird spezifiziert, dass „die intensivmedizinischen, telemedizinischen Leistungen eines Krankenhauses in einer telemedizinischen Einheit zusammengefasst [werden müssen]“.</p>		
--	--	---	--	--

			<p>Diese Regelung erscheint essentiell, da sonst jedes Organzentrum eine fachspezifische, eigenständige Telemedizinische Einheit aufstellen könnte und eine Finanzierung geltend machen könnte. Dies würde alleine bei den Universitätskliniken mehr als 100 telemedizinische Einheiten zur Folge haben, die vollständig technisch und personell auszustatten sind. Es wären Kosten im mittleren dreistelligen Millionenbereich pro Jahr zu erwarten, die die im Innovationsfonds-Projekt ERIC ermittelten Kosten weit übersteigen und eine entsprechende Kosteneffektivität nicht mehr gewährleisten.</p> <p>Die Regelung sollte hier ggf. noch weiter spezifizieren, dass die Tele-ICU an die Intensiveinheit angedockt sein müssen und aus ihr personell besetzt werden müssen. Die Tele-ICU muss interdisziplinär aufgestellt sein und Konsultationen (z.B. durch Organexperten der Fachzentren) erbringen können. Diese sind aus der Erfahrung bei der externen Beratung notwendig und im Bedarfsfall unerlässlich. Beispielhaft seien das operative oder interventionelle Vorgehen bei einer akuten, nekrotisierenden Pankreatitis genannt.</p> <p>Es sei aber explizit erwähnt, dass eine medizinische Beratung ohne die Besprechung der evidenzbasierten Qualitätsindikatoren nicht dem ERIC-Projekt entspricht und somit auch kein Effekt auf die Prozessqualität vorhergesehen werden kann.</p>		
<b>2. Position B; Anfügen einer neuen Anlage 8: Intensivmedizinische Versorgung</b>					
<b>3.</b>	<b>ERIC</b>	<b>Änderungsvorschlag</b>  Vorschlag B ist deutlich besser geeignet, die intensivmedizinische	Intensivmedizin ist systemmedizinisch ausgerichtet und folgt nicht der tradierten, rein organbezogenen Medizin. Analog den onkologischen Zentren, die diese Transition schon deutlich besser abgebildet haben, folgt die Akut-Behandlung von schweren		



	<p>Versorgung patient*innen-zentriert, qualitativ hochwertig, Mitarbeiter*innenschonend umzusetzen und wird zu einer deutlich verbesserten Ressourcenallokation in der intensivmedizinischen Versorgung nach Umsetzung der geplanten Krankenhausreform führen.</p>	<p>Krankheitsbildern inzwischen ebenfalls diesem Ansatz, der sich auch in der Krankenhausreform in Level III Einrichtungen (Maximalversorger) mit einer intensivmedizinischen Leistungsbeschreibung abbilden lässt. Unterstützt wird dieser Ansatz durch die Möglichkeit der Data Science basierten Ansätze, die sich durch die Weiterentwicklung der intensivmedizinischen Patientendokumentationssysteme in den nächsten Jahren und durch die digitale Unterstützung telemedizinischer, evidenzbasierter Behandlungskonzepte. Dabei wird der Geschwindigkeit der Veränderung von intensivmedizinischen Krankheitszuständen, die sich minütlich ändern können, Rechnung getragen. Die Geschwindigkeit des Erkennens dieser Veränderungen hat maßgeblichen Einfluss auf der Behandlungsergebnis time is organs und die Lebensqualität („Post-Intensive-Care-Syndrome“). Außerdem ist der Geschwindigkeit des Wissens und der Implementierung des Wissens Rechnung zu tragen (Verdopplung des Wissens zurzeit alle 90 Tage!). Nur durch konsequente systemmedizinische Steuerung, wie dies bereits bei den onkologischen Zentren erfolgt, wird die Intensivmedizin der Sekundärprävention interdisziplinärer Organversagen und dem Erhalt der Lebensqualität (Vermeidung von kognitiven, funktionellen und psychosozialen Einschränkungen im Sinne eines Post-Intensive-Care-Syndroms) gerecht.</p> <p>Die universitäre, high-level intensivmedizinische Versorgung ist eine überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabe. Die telemedizinische Beratung erfordert die</p>		
--	--	--	--	--

			Konzentration der Leistung auf einige, wenige Standorte, weil diese über außergewöhnliche technische und personelle Voraussetzungen erfüllen. Auch ist eine besondere Vorhaltung von Spezialexpertise (z.B. akutes Lungenversagen und ECMO Therapie) benötigt.		
4.	ERIC	<b>Detailbetrachtung</b>	<p>Der Vorschlag B entspricht in allen Punkten den besonderen Aufgaben eines Zentrums und entspricht auch der Struktur der Innovationsfondsprojekte, die Telemedizin in der Intensivmedizin überprüft haben. Er ist außerdem gut kompatibel mit den Vorschlägen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, die für die intensivmedizinisch versorgten Patienten die Zuordnung zu einer von drei spezifischen Leistungsgruppen vorschlagen. Die in Vorschlag B enthaltenden Strukturanforderungen sind nur von Level III-Krankenhausstandorten zu erfüllen und gehen weit darüber hinaus. Das stellt sicher, dass der Aufbau intensivmedizinischer Zentren so erfolgen kann, dass eine überschaubare Zahl an Zentren kosten-effektiv die erwarteten Leistungen erbringen kann.</p> <p><b>Schwächen des Vorschlags:</b>  Intensivstationen finden sich in allen Krankenhausstufen um akut lebensbedrohliche Zustände zu behandeln. Zwei Dinge sind daher von besonderer Bedeutung. Zum einen muss die Intensivmedizin eines Intensivzentrums sich hinsichtlich des Erkrankungsspektrums, der Erkrankungsschwere und des medizinischen Charakters deutlich von der Grund- und Regel bzw. Schwerpunktintensivmedizin (in der Stellungnahme der Regierungskommission Level I n und Level II</p>		

		<p>genannt, denen entsprechende intensivmedizinische Leistungsgruppen mit anderem Tätigkeits- und Patientenspektrum als Level III zugeordnet sind) abgrenzen. In Level III ist z.B. auch der Ort wo seltene intensivmedizinische Erkrankungen gebündelt werden (z.B. Lungenversagen durch Autoimmunerkrankungen, PIMS).</p> <p>Zum zweiten muss der Zweck der Netzwerkbildung (digitales Versorgungsnetzwerk), nämlich der Erhöhung der Patientensicherheit durch Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitig adäquaten Ressourcenallokation sehr präzise herausgearbeitet werden. Es muss außerdem geklärt sein, dass diese Form der Telemedizin nicht zur digitalen Substitution einer Vor-Ort Kapazität evaluiert wurde, sondern zur flächendeckenden Qualitätsverbesserung als holistisches Konzept, dass neben der Beratung auch die Möglichkeit von Sekundärverlegung zum richtigen Zeitpunkt beinhaltet.</p> <p><b>Stärken des Vorschlags:</b></p> <p>Der Vorschlag entspricht der Struktur der zitierten Innofondsprojekte, die Intensivmedizin und die damit verbundenen Interventionen einer Funktionseinheit (geschlossen) zugeordnet haben und diese nicht fragmentiert auf verschiedene Fachbereiche übertragen haben. Dabei wird der interdisziplinäre Charakter berücksichtigt und in Ziffer 1.i konkretisiert. Aus medizinisch-inhaltlicher Sicht ist hier am ehesten mit einer Verbesserung der Versorgungssituation zu rechnen und es können beispielsweise auch Engpässe (akute pädiatrische Versorgungslage im Winter 22/23) adressiert werden, da eine entsprechende Flexibilität im System gewährleistet ist.</p>		
--	--	---	--	--

			In Summe ist dieser Vorschlag zu befürworten. Es müssen allerdings klare Kriterien für telemedizinische Leistungserbringer (Level III Krankenhäuser) und Leistungsempfänger (Level II Krankenhäuser, ggf. auch Level I n, wenn klare Verlegungsstrategien vereinbart sind) geregelt werden, um den Leistungsumfang der Intensivmedizin zu regeln. Dies kann am besten in der neuen Krankenhausreform für die intensivmedizinische Leistungserbringung hinterlegt werden.		
<b>3. Position B; Änderung der Anlage2: Onkologische Zentren</b>					
5.	GfH	unter Punkt (9) ergänzen: „Zusammenarbeit mit humangenetischen Einrichtungen muss vertraglich gesichert sein“	Über fast alle Tumorentitäten hinweg einschließlich der pädiatrischen Tumore findet man ursächlich in ca. 10% Keimbahnmutationen. Diese sind relevant für das generelle Management (Zweiterkrankungsrisiko, welche anderen Organsysteme können betroffen sein), aber vor allem haben sie auch Relevanz für andere Familienmitglieder im Sinne der Prädiktion und Prävention von Tumorerkrankungen. Hier bewegt man sich im Bereich der prädiktiven Testung, die vorrangig durch die Humangenetik geleistet wird. Es ist leider nicht flächendeckend eine Humangenetik an allen Onkologischen Zentren vor Ort, so dass eine vertragliche Regelung zur Überweisung und gemeinsamen Betreuung von Patienten und Risikopersonen gesichert sein sollte.	DKG: Kenntnisnahme. Nicht Teil der STN	

				<p><b>GKV-SV:</b> Mutmaßlich wird sich auf Anlage 2 - Anforderungen an Onkologische Zentren, § 1 Qualitätsanforderungen, Absatz 4 Kooperationen bezogen.</p> <p>Die Kommentierung wurde zur Kenntnis genommen. Der Sachverhalt war jedoch nicht Teil des Stellungnahmeverfahrens.</p>	
--	--	--	--	---	--

## B-7 Mündliche Stellungnahmen

### B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 27. Februar 2023 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 27. Februar 2023 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/ Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
DGKCH		ja/nei n					
DGKJ, GPOH, GPR							
DGHNO							
DGIM, DGIN, DGP, DGK							
DGK							
DGTHG							
DGFN							
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)							
Dt. Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (dgp)							

GfH							
ERIC Konsortium Charité							
DIVI							

### Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

### Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

### Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

### Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“,

der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

#### **B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren**

Das Wortprotokoll der Anhörung am 27. Februar 2023 ist in der Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet. Die Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation ist unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/117/> abrufbar.