

Der Minister

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

An den  
Präsidenten  
des Landtags Nordrhein-Westfalen  
Herrn André Kuper MdL

Düsseldorf

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
17. WAHLPERIODE

**VORLAGE**  
**17/4919**

A01

Datum: 26. März 2021

Seite 1 von 1

Aktenzeichen  
bei Antwort bitte angeben

Birgit Volbracht  
Telefon 0211 855-3304  
Telefax 0211 855-  
Birgit.Volbracht@mags.nrw.de

**für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

**Bericht: „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen –  
Fortschreibung des Krankenhausplans um neue G-BA-Zentrums-  
Regelungen“**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

gemäß § 13 Abs. 3 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes  
Nordrhein-Westfalen ist der zuständige Landtagsausschuss bei  
Fortschreibung der krankenhauserplanerischen Rahmenvorgaben zu  
hören.

Ich wäre Ihnen daher dankbar, wenn Sie den Bericht meines Hauses  
nebst Anlagen für die Ausweisung von Zentren zur Einleitung des  
Anhörungsverfahrens an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales weiterleiten würden.

Mit freundlichen Grüßen

(Karl-Josef Laumann)

**Anlage**

Dienstgebäude und  
Lieferanschrift:  
Fürstenwall 25,  
40219 Düsseldorf  
Telefon 0211 855-5  
Telefax 0211 855-3683  
poststelle@mags.nrw.de  
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linie 709  
Haltestelle: Stadttor  
Rheinbahn Linien 708, 732  
Haltestelle: Polizeipräsidium



## **Bericht**

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landtags Nordrhein-Westfalen

„Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen – Fortschreibung des  
Krankenhausplans um neue G-BA-Zentrums-Regelungen“

---

### Hintergrund zur krankenhauserischen Ausweisung von Zentren

Krankenhäuser können für besondere Aufgaben, die sie wahrnehmen, von den Ländern als Zentrum krankenhauserisch ausgewiesen werden. Ein Zentrum stellt dabei eine Konzentration hoch qualitativer medizinischer Versorgungsangebote dar, die spezialisierte Fachkenntnisse und eine besondere Vorhaltung erfordert.

Mit der Ausweisung als Zentrum haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, Zentrumszuschläge nach dem Krankenhausentgeltgesetz zu erhalten, die sie mit den Kostenträgern vereinbaren. Den Krankenhäusern werden damit die Kosten für die besondere Aufgabenwahrnehmung refinanziert.

Der aktuelle Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen wurde am 02.11.2018 - nach Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales - um die NRW-Zentrums-Checklisten fortgeschrieben. Anlass war eine vorausgegangene Bundeschiedsstellenentscheidung vom 08.12.2016, die durch ihre konkretisierende Definition besonderer Aufgaben von Zentren entgeltrechtliche Relevanz hatte.

## Zentrums-Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nach Fortschreibung des Krankenhausplans um die NRW-Zentrums-Checklisten wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beauftragt, bis zum 31.12.2019 die besonderen Aufgaben von Zentren zu definieren sowie bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen festzulegen.

Die Zentrums-Regelungen des G-BA sind zum 01.01.2020 in Kraft getreten. Der G-BA hat für folgende Zentren abschließende Regelungen beschlossen:

- Zentren für seltene Erkrankungen
- Onkologische Zentren
- Traumazentren
- Rheumatologische Zentren
- Herzzentren

Weitere Zentren hat der G-BA mit Übergangsregelungen beschlossen.

Zum 18.12.2020 hat der G-BA seine Zentrumsregelungen um abschließende Regelungen für folgende Zentren ergänzt:

- Neurovaskuläre Zentren
- Lungenzentren

Zum 20.02.2021 sind abschließende Regelungen für eine weitere Zentrumsart hinzugekommen:

- Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren)

### Zentrumszuschläge

Der G-BA führt in seinem Beschluss aus, dass die besonderen Aufgaben von Zentren in seinen Regelungen abschließend konkretisiert sind. Dabei macht er deutlich, dass die Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder davon unberührt bleibt, ihr aber keine Entgeltrelevanz zukommt.

- **Damit ist klar geregelt, dass nur die G-BA Zentren zu einer Refinanzierung (Zentrumszuschlag) führen können.**

## Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans

Damit die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen die Möglichkeit haben, Zentrumszuschläge vereinbaren zu können, müssen die G-BA Vorgaben zu Zentren in den Krankenhausplan übernommen werden. Ohne dies, besteht keine Möglichkeit auf Erhalt der Zentrumszuschläge.

Dem Ministerium ist es wichtig, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen Zentrumszuschläge vereinbaren können. Deshalb soll noch jetzt der aktuelle Krankenhausplan um die G-BA Vorgaben fortgeschrieben werden.

Mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung wurde bereits ein grundsätzliches Einvernehmen zur Übernahme der G-BA Vorgaben erzielt.

Nunmehr wird der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales angehört.

## Fortschreibung des Krankenhausplans 2015

Entsprechend der letzten Fortschreibung des Krankenhausplans zu dieser Thematik wird der Anhang F des Krankenhausplans NRW 2015 entsprechend der neuen G-BA Vorgaben zu IDV-Zentren angepasst werden.

- Die G-BA Vorgaben zu Neurovaskulären Zentren werden als Vorgaben „n) Neurovaskuläre Zentren“ zusätzlich aufgenommen.
- Die G-BA Vorgaben zu Lungenzentren werden als Vorgaben „o) Lungenzentren“ zusätzlich aufgenommen.
- Der G-BA hat die IDV-Zentren als Anhang zu seinen Vorgaben zu Herz- und Lungenzentren konzipiert. Sie werden deshalb entsprechend als „Anhang zu den Vorgaben f) Herzzentren und o) Lungenzentren“ aufgenommen.

Die krankenhauserplanerische Ausweisung sowie die Aufführung besonderer Aufgaben hat dabei nur eine Indizwirkung für das Entgeltrecht. Die planerische Ausweisung hat aber keine präjudizierende Wirkung bei Budgetverhandlungen. Die Bestimmung der besonderen Aufgaben, insbesondere das Ausmaß der jeweiligen Erfüllung und Finanzierung, bleiben diesen Verhandlungen vorbehalten. So sind dort im Besonderen mögliche Doppelfinanzierungen zu prüfen.

**Informationsblatt  
zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015**

Folgende Änderungen werden im Krankenhausplan 2015 vorgenommen:

Der Anhang F wird wie folgt angepasst:

- Die G-BA Vorgaben zu Neurovaskulären Zentren werden als Vorgaben „n) Neurovaskuläre Zentren“ zusätzlich aufgenommen.
- Die G-BA Vorgaben zu Lungenzentren werden als Vorgaben „o) Lungenzentren“ zusätzlich aufgenommen.
- Die G-BA Vorgaben zu IDV-Zentren werden als „Anhang zu den Vorgaben f) Herzzentren und o) Lungenzentren“ aufgenommen.

## n) Neurovaskuläre Zentren

### § 1 Qualitätsanforderungen

#### (1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1. Vorhaltung der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Kardiologie am Standort,
2. Vorhaltung einer neuroradiologischen Organisationseinheit, die folgende Anforderungen erfüllt:
  - a) Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von 30 Minuten verfügbar,
  - b) eine mechanische Rekanalisation ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) durchführbar und
  - c) Schnittbilddiagnostik (CT/CTA/CTP und Multimodales Schlaganfall-MRT) sowie umfassende angiographische Diagnostik sind jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) verfügbar.
3. Vorhaltung einer Intensivstation mit kontinuierlicher Einbindung neurologischer, neurochirurgischer und neuroradiologischer Fachexpertise,
4. Vorhaltung einer Stroke Unit mit mindestens 8 Monitor-Betten.

#### (2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des neurovaskulären Zentrums darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

#### (3) Forschungstätigkeit und Vernetzung

1.
  - a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
  - b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der neurovaskulären Krankheiten oder
  - c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa, oder
  - d) Beteiligung an Projekten zur Stärkung der Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung
2. Das Zentrum nimmt an einem Register, das die Anforderungen der Arbeitsgemeinschaft deutscher Schlaganfallregister (AGDSR) erfüllt, oder an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil.

#### (4) Kooperationen

Das Zentrum kooperiert strukturiert und regelhaft mit mindestens einer neurovaskulär spezialisierten Rehaeinrichtung.

#### (5) Mindestfallzahlen

1. Im Zentrum werden jährlich mindestens 1.000 Fälle mit der Hauptdiagnose nichttraumatische subarachnoidale und intracerebrale Blutungen, Hirninfarkte oder transitorisch-ischämische Attacken (I60, I61, I63, I64 und G45) behandelt und
2. es werden jährlich mindestens je



- a) 50 Stentings hirnersorgender Arterien (OPS 8-840.00, 8-840.0h, 8-840.0j, 8-840.0k, 8-840.0m, 8-840.0n, 8-840.0p),
- b) 80 Eingriffe zur intrakraniellen Aneurysma-Ausschaltung (OPS 8-836.m0, 8-836.k0, 8-836.90, 5-025), davon 25 durch mikrochirurgisches Clipping (OPS 5025),
- c) 50 operative Eingriffe an hirnersorgenden Arterien (OPS 5-380.0, 5-381.0, 5-382.0, 5-383.0) und
- d) 100 mechanische Thrombektomien intrakranieller Arterien (OPS 8-836.80) durchgeführt.

## § 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung oder im Rahmen der verschiedenen Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalles abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. <sup>1</sup>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Schlaganfallversorgung dienen. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
5. <sup>1</sup>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Neurovaskulären Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. <sup>3</sup>Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

- a) Darstellung des Neurovaskulären Zentrums und seiner Netzwerkpartner,
  - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Neuroradiologie,
  - c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
  - d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
  - e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
  - f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Neurovaskulären Zentren und
  - g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
  7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).

## o) Lungenzentren

### § 1 Qualitätsanforderungen

- (1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:
1. Vorhaltung einer Fachabteilung für Pneumologie am Standort,
  2. mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),
  3. das Zentrum verfügt über eine Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten zur Organisation des Erstkontaktes mit geregelten festen Sprechzeiten unter Nennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und
  4. Vorhaltung einer Weaning-Einheit mit den folgenden Mindestanforderungen:
    - a) Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,
    - b) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung,
    - c) Vorhandensein von zwei Atmungstherapeuten am Standort,
    - d) die Weaning-Einheit behandelt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 100 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär (OPS 8-718.8, 8-718.9),
    - e) die Weaningeinheit stellt eine adäquate Schulung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sicher,
    - f) die Mitglieder des Behandlungsteams erörtern regelmäßig Aspekte der Entscheidungen am Lebensende in einem Forum und
    - g) die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 100 Patientinnen und Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.
  5. Für die Versorgung von Notfällen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist sicherzustellen, dass ein Kinder- und Jugendarzt mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie jederzeit innerhalb von 30 Minuten im Zentrum verfügbar ist, dies ist auch im Rahmen einer Kooperation möglich. Weiterhin muss das Zentrum – sofern es nicht für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgestattet ist – über ein Konzept zur Verlegung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in die nächstgelegene qualifizierte Einrichtung verfügen.
- (2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung
- Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Lungenzentrums darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.
- (3) Forschungstätigkeit und Vernetzung
1.
    - a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
    - b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der Lungenheilkunde oder
    - c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa,

2. Das Zentrum nimmt an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil und
3. Das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).
4. Das Lungenzentrum ist Teil eines onkologischen Zentrums gemäß Anlage 2 am Standort oder weist eine schriftlich vereinbarte Kooperation mit einem onkologischen Zentrum gemäß Anlage 2 nach.

(4) Mindestfallzahlen

- a) Es werden jährlich mindestens 1.300 stationäre Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: A15.-, A16.-, A19.-, J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.- behandelt

oder

- b) Sofern das Lungenzentrum

1. mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose (C34) pro Jahr behandelt und
2. über eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie oder einen besonderen Nachweis über eine Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie, die die Patientinnen und Patienten des Lungenzentrums bei entsprechender Indikation operiert, verfügt,

können alle Fälle mit der Hauptdiagnose C34 für das Erreichen der Mindestfallzahlen herangezogen werden. In diesem Fall müssen jährlich mindestens 1.500 stationäre Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: A15.-, A16.-, A19.-, C34.- J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.- behandelt werden.

(5) Spezialisierungen am Standort

Es ist mindestens eine der drei folgenden Spezialisierungen am Standort vorhanden:

1. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (einschließlich Lungenemphysem), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:
  - a) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung (können identisch zu § 1 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b sein),
  - b) Behandlung von jährlich mindestens 1.200 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47),
  - c) Board für spezifische interventionelle und pharmakologische COPD- und Emphysemtherapie, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Thoraxchirurgie. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Therapieentscheidung getroffen wird (z. B. Indikationsstellung  $\alpha$ 1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden, und
  - d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für interstitielle Lungenkrankheiten (Lungengerüsterkrankungen), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

- a) Board für interstitielle Lungenerkrankungen mit mindestens zweiwöchentlichen interdisziplinären protokollierten Fachkonferenzen, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie. Bei Bedarf nimmt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie an der Fachkonferenz teil. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Diagnose und Therapieentscheidung getroffen wird. Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden
- b) jährliche Behandlung von mindestens 300 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J84.-),
- c) technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie und
- d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

3. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für seltene Infektionskrankheiten der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

- a) Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen seltener Infektionskrankheiten der Lunge einschließlich Tuberkulose und atypischen Mykobakteriosen (A15.-, A16.-, A19.-, A21.2, A22.1, A31.0, A48.1, B25.0, B37.1, B44.0, B44.1, J12-14),
- b) Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zur phänotypischen Resistenzbestimmung, auch in Kooperation möglich. Möglichkeit zur genotypischen Resistenzbestimmung gegen Rifampicin und Isoniazid innerhalb von 24 Stunden nach Probenzugang, auch in Kooperation möglich,
- c) eine getrennte Infektionsstation zur Behandlung von ansteckungsfähigen Tuberkulosen einschließlich multi-drug resistant TB (MDR-TB) ist vorhanden,
- d) Möglichkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ansteckungsfähiger Tuberkulose auf einer Intensivstation,
- e) Vorhaltung eines multidisziplinären Antibiotic Stewardship (ABS) - Teams (gemäß S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaaanwendung im Krankenhaus“ Stand: 31.01.2019), bestehend aus mindestens vier Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern:
  - Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit Verantwortung für die Krankenhaushygiene und
  - Fachärztin oder Facharzt entweder mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
  - Apothekerin oder Apotheker mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
  - Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit Zuständigkeit für mikrobiologische Diagnostik.

Hausinterne Leitlinien zur Behandlung von infektiologischen Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. CAP) müssen verfügbar sein.

- f) Möglichkeiten zur Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer HIV/AIDS-Erkrankung sowie von Patientinnen und Patienten mit einer immunsupprimierenden Erkrankung bestehen und
- g) Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Tuberkulose

## § 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. <sup>1</sup>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Pneumologie dienen. <sup>2</sup>Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
5. <sup>1</sup>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Lungenzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. <sup>2</sup>Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. <sup>3</sup>Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:
  - a) Darstellung des Lungenzentrums und seiner Netzwerkpartner
  - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
  - c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),

- d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
  - e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
  - f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Lungenzentren und
  - g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,
  - h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Lungenmedizin und
  - i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).
8. Sofern Kinder im Zentrum behandelt werden: Implementierung eines Transitionskonzepts zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.

## **Anhang – Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Vorgaben f) Herzzentren und o) Lungenzentren**

### **§ 1 Qualitätsanforderungen, kumulativ zu erfüllen**

- (1) Besondere Kompetenz in einem für die Versorgung von COVID-19 Patientinnen und Patienten relevanten Versorgungsschwerpunkt

Das Zentrum erfüllt die Anforderungen mindestens einer der folgenden Anlagen der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V:

- a. Anlage 5 – Herzzentren oder
- b. Anlage 7 – Lungenzentren.

Die Ausweisung und Festlegung als Herz- oder Lungenzentrum oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus wird nicht vorausgesetzt. Maßgeblich für die in diesem Anhang normierten erweiterten Zentren ist allein, dass die in der Anlage 5 oder 7 normierten Qualitätsanforderungen erfüllt sind.

- (2) Jederzeitige Verfügbarkeit besonderer intensivmedizinischer Kompetenz für Diagnostik und Therapie
- a) Im Jahr 2019 Abrechnung von mehr als 100.000 Beatmungsstunden von Fällen >48 Std. Beatmungszeit und vollendetem ersten Lebensjahr,
  - b) Versorgung von mehr als 200 voll- oder teilstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020,
  - c) Intensivmedizinische Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie; die personelle und apparative Ausstattung entspricht dabei den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010,
  - d) 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit veno-venöser extrakorporaler Membranoxygenierung (VV-ECMO) für Patientinnen und Patienten mit akutem Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS), bestehend aus mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit jeweils Erfahrung in der Implantation von VV-ECMO-Systemen,



- e) es muss täglich mindestens eine Tele-Visite für die Intensivstation jedes an das intensivmedizinische digital-gestützte Versorgungsnetzwerk angeschlossene Krankenhaus durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin aus dem IDV-Zentrum durchführbar sein und
- f) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden im Telemedizinzentrum anwesend sein. Diese Ärztin bzw. dieser Arzt darf keine anderen Aufgaben im Krankenhaus zeitgleich übernehmen. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein.

### (3) Besondere telemedizinische Kompetenz und Ausstattung

- a) Eine hochauflösende bidirektionale Audio- und Videoübertragung in Echtzeit muss jederzeit unmittelbar durchführbar sein. Diese muss eine direkte Patientenuntersuchung durch den Teleintensivmediziner in hoher Qualität ermöglichen.
- b) Die Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten soll auf der Intensivstation unter apparativem Monitoring stattfinden.
- c) Parallel zur Audio-Videoübertragung muss ein Zugriff auf die Originaldaten inklusive der aktuellen Bildgebung der Patientin bzw. des Patienten möglich sein, und
- d) Die Dokumentation über Befund- und Therapieempfehlungen sind unter Verwendung einer elektronischen Fallakte schriftlich anzufertigen sowohl durch den Teleintensivmediziner als auch durch den Anfordernden.

## § 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können folgende besonderen Aufgaben übernehmen:

- 1a) Telemedizinische interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind und sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind:
  - Durchführung von fachspezifischen Kolloquien,
  - Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern,
  - Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser,

1b) Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind,

und

1c) Unterstützung anderer Krankenhäuser durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.

Oder

2. Vorhaltung von 3 Vollzeit-Stellenanteilen zur Erfüllung der Anforderung gem. § 1 Abs. 2 Buchstabe e. und f. Diese Stellenanteile müssen auf mindestens 6 Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verteilt werden

### **§ 3**

Dieser Anhang tritt mit Ablauf des 31.12.2021 außer Kraft.