

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) – Erstfassung

Vom 5. Dezember 2019 und 20. November 2020

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	4
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	4
2.1	§ 1 Rechtsgrundlage.....	4
2.1.1	Absatz 1:	4
2.1.2	Absatz 2:	4
2.1.3	Absatz 3:	4
2.2	§ 2 Begriff des Zentrums und des Schwerpunkts	5
2.3	§ 3 Grundsätze der besonderen Aufgaben	5
2.3.1	Absatz 1:	5
2.3.2	Absatz 2:	5
2.3.3	Absatz 3:	5
2.3.4	Absatz 4:	5
2.3.5	Absatz 5:	6
2.3.6	Absatz 6:	6
2.3.7	Absatz 7:	6
2.3.8	Absatz 8:	7
2.4	§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben	7
2.4.1	Absatz 1:	7
2.4.2	Absatz 2:	8
2.4.3	Absatz 3:	8
2.5	§ 5 Grundsätze von Qualitätsanforderungen.....	8
2.5.1	Absatz 1:	8

2.5.2	Absatz 2:	8
2.5.3	Absatz 3:	9
2.5.4	Absatz 4:	10
2.5.5	Absatz 5:	10
2.5.6	Absatz 6:	10
2.5.7	Absatz 7:	10
2.6	§ 6 Evaluation.....	10
2.7	Anlage 1 - Seltene Erkrankungen	11
2.7.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	11
2.7.2	§ 2 Besondere Aufgaben	16
2.8	Anlage 2 - Anforderungen an Onkologische Zentren.....	19
2.8.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	19
2.8.2	§ 2 Besondere Aufgaben	23
2.9	Anlage 3 - Anforderungen an Traumazentren.....	26
2.9.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	26
2.9.2	§ 2 Besondere Aufgaben	29
2.10	Anlage 4 - Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie.....	31
2.10.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	31
2.10.2	§ 2 Besondere Aufgaben	34
2.11	Anlage 5 - Herzzentren	36
2.11.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	36
2.11.2	§ 2 Besondere Aufgaben	42
2.12	Anlage 6 – Schlaganfallzentren / neurovaskuläre Zentren	44
2.12.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	44
2.12.2	§ 2 Besondere Aufgaben	45
2.13	Anlage 7 - Lungenzentren	47
2.13.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	47
2.13.2	§ 2 Besondere Aufgaben	48
2.14	Anlage 8 – Nephrologische Zentren	50
2.14.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	50
2.14.2	§ 2 Besondere Aufgaben	51
2.15	Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren.....	53
2.15.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	53
2.15.2	§ 2 Besondere Aufgaben	54
2.16	Anlage 10 – Sonstige ausgewiesene Zentren	56
2.16.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	56

2.16.2	§ 2 Besondere Aufgaben	57
3.	Bürokratiekostenermittlung	59
4.	Verfahrensablauf	60
5.	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	61

1. Rechtsgrundlage

Siehe 2.1 „§ 1 Rechtsgrundlage“

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sieht eine Beauftragung des G-BA vor, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG und in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzusetzen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 § 1 Rechtsgrundlage

2.1.1 Absatz 1:

Laut Gesetzesbegründung (vgl. BT-Drs. 19/5593, S. 118) ist es das primäre Ziel dieser Regelung, die bisherigen Unklarheiten im Zusammenhang mit der Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getroffen werden mussten, durch einen Beschluss des G-BA zu beseitigen. Denn bislang haben die bisherigen Regelungen nicht ermöglicht, dass Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.

Die Regelungskompetenz des G-BA ergibt sich insbesondere aus § 136c Absatz 5 SGB V, welcher über die bisherigen vergleichbaren Regelungen in § 9 Absatz 1a Nummer 2 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) hinausgeht. Dies betrifft insbesondere die Ermächtigung nach Satz 5 des § 136c Absatz 5 SGB V, dass - soweit für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich - zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen seien, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen.

2.1.2 Absatz 2:

Absatz 2 erläutert die rechtliche Funktion dieser Regelungen für die Vereinbarung von Zuschlägen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG. Demnach sind diese unmittelbare Grundlage für die Vereinbarung der Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG und somit bei der Vereinbarung dieser durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) zu beachten.

2.1.3 Absatz 3:

Eine Zuschlagsberechtigung für besondere Aufgaben im Sinne des KHEntgG liegt nur vor, soweit ein Krankenhaus die in den Anlagen zu diesen Regelungen festgelegten Qualitätsanforderungen zur Wahrnehmung dieser besonderen Aufgaben erfüllt und dem Krankenhaus der Versorgungsauftrag über konkrete besondere Aufgaben durch die Krankenhausplanungsbehörde verbindlich übertragen worden ist. Dabei ist der besondere Versorgungsauftrag durch Festlegung im Krankenhausplan des Landes in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid oder bei einer Hochschulklinik aufgrund der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften (gleichartige Festlegung) auszuweisen. Eine Ausweisung im Krankenhausplan des

Landes ist eine notwendige, aber keine alleinige Voraussetzung, um Zuschläge für besondere Aufgaben zu vereinbaren.

2.2 § 2 Begriff des Zentrums und des Schwerpunkts

Ausgehend von der gegenwärtigen, höchstrichterlichen Definition des Zentrums, handelt es sich bei einem Zentrum um eine Einrichtung, die in dem betreffenden Fachbereich besonders spezialisiert ist und sich aufgrund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abhebt. Die Einrichtung muss sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden (BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014 - 3 C 15.13, Rn. 23).

2.3 § 3 Grundsätze der besonderen Aufgaben

2.3.1 Absatz 1:

Absatz 1 gibt sinngemäß die gesetzliche Regelung aus § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V wieder.

2.3.2 Absatz 2:

In Absatz 2 wird präzisiert, was unter einer „überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung“ zu verstehen ist. Ein Krankenhaus, das diese Kriterien erfüllt, stellt einen Anziehungspunkt über andere Häuser hinweg dar, bildet den Mittelpunkt eines Netzwerks, verfügt über eine besondere Expertise in dem Fachgebiet, in dem die besonderen Leistungen erbracht werden und erbringt diese Leistungen regelmäßig und routiniert für andere Krankenhäuser. Der Nachweis einer überörtlichen Aufgabenwahrnehmung kann beispielsweise über die Erfüllung von fachabteilungsspezifischen Mindestfallzahlen geleistet werden.

2.3.3 Absatz 3:

Nach § 136c Absatz 5 Satz 2 Buchstabe b SGB V liegt eine besondere Vorhaltung vor, wenn zum einen wegen einer geringen Häufigkeit einer Erkrankung (bspw. Betroffenheit von nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen) oder zum anderen wegen der Besonderheit einer Erkrankung eine spezielle Vorhaltung vorliegt. Das kann beispielsweise das Vorhalten einer besonderen personellen Fachexpertise sein.

2.3.4 Absatz 4:

Eine Aufgabenwahrnehmung im Sinne der Regelung kann aufgrund einer bestehenden Komplexität oder einer unklaren Indikationsstellung die Verfügbarkeit technischer, personeller und interdisziplinärer Strukturen erfordern, die ganz erheblich über das Normalmaß hinausgehen. Ausweislich der DRG-Begleitforschung (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019): Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2019; abrufbar unter https://www.g-drg.de/content/download/8361/62109/version/1/file/Extremkostenbericht_2019_20190315.pdf) sind medizinisch hochspezialisierte und besonders sachkostenintensive Leistungen im DRG-Katalog sehr gut abgebildet. Eine Finanzierung als besondere Aufgabe kommt daher nur für interdisziplinäre und außergewöhnliche technische und personelle Strukturen in Frage, deren Vorhaltung insbesondere für die Behandlung von Erkrankungen erforderlich sind, die nicht nur innerhalb einer einzelnen Fachabteilung versorgt werden können und die eine Konzentration besonders aufwendiger, vorhaltungs- und infrastrukturintensiver Versorgung erfordern.

2.3.5 Absatz 5:

Besondere Aufgaben können auch Aufgaben sein, die gemäß § 2 Absatz 2 Satz 5 letzter Halbsatz KHEntgG nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung zählen, aber den eigenen Patienten mittelbar zugutekommen. Hierzu zählt beispielsweise das Beraten von anderen Leistungserbringern zu besonders komplexen (auch seltenen) Indikationen. Die erworbene Fachexpertise kommt den Patienten des Zentrums/Schwerpunkts also mittelbar zugute. Dies deckt sich ebenfalls mit den Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG, Urt. V. 22.05.2014 – C 13/13, Rn. 35). Darüber hinaus wird vom Bundesverwaltungsgericht untermauert, dass gerade nicht zwischen mittelbarer und unmittelbarer Patientenversorgung unterschieden werden kann (BVerwG, Urt. V. 22.05.2014 – C 13/13, Rn. 34). Aus diesem Grund treffen die besonderen Aufgaben auch keine Unterscheidung dahingehend.

2.3.6 Absatz 6:

Absatz 6 stellt klar, dass die vom G-BA auf der Grundlage von § 136c Absatz 5 SGB V beschlossene Regelung einschließlich ihrer Anlagen die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG sowie die Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben abschließend konkretisiert. Daher können Aufgaben, die nicht in der entsprechenden Anlage unter § 2 aufgeführt werden, nicht als besondere Aufgaben vergütet werden. Dies hat der Gesetzgeber mit § 136c Absatz 5 Satz 1 und 3 SGB V festgelegt, wonach der G-BA die besonderen Aufgaben konkretisiert und von Aufgaben abgrenzt, die bereits durch die Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen des SGB V finanziert werden. Diese gesetzliche Regelungskompetenz kann der G-BA auch nicht an Dritte wie die Landes- bzw. Ortsebene übertragen (unzulässige Subdelegation).

2.3.7 Absatz 7:

Die besonderen Aufgaben werden von der Landesplanungsbehörde einzelnen Zentren/Schwerpunkten zugeteilt. Der gesetzliche Auftrag sieht vor, dass der G-BA Vorgaben für die Konkretisierung der besonderen Aufgaben festlegt. Besondere Aufgaben aus den Anlagen der Regelungen können somit durch die Landesplanungsbehörde und durch die Vertragsparteien auf Ortsebene weiter konkretisiert werden.

Der G-BA ermöglicht es den bestehenden Zentren und Schwerpunkten bis zu 6 Monate für die notwendigen Vorbereitungen (Rekrutierung oder Qualifizierung von Personal, Etablierung von Prozessen, Kooperationsvereinbarungen etc.) aufzuwenden. Damit wird sichergestellt, dass die Zuschläge - unbeschadet einer nicht vollständigen Erfüllung der Qualitätsanforderungen im ersten halben Jahr - für das gesamte Verhandlungsjahr 2020 gezahlt werden können; sie berechtigt allerdings nicht zur Vereinbarung eines Zuschlags für lediglich dieses erste halbe Jahr, da andernfalls auch die Zentren profitieren würden, welche die Zeit nicht für die erforderlichen Vorbereitungen nutzen. Bestehende Zentren in diesem Sinne sind nur solche, welchen bereits vor dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses besondere Aufgaben im Krankenhausplan oder durch gleichartige Festlegung zugewiesen wurden. Dabei werden nur solche Aufgaben erfasst, welche auch besondere Aufgaben im Sinne dieser Regelungen sind. Außerdem wird nur die Pflicht zur Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss explizit und neu geregelten Qualitätsanforderungen nach den Anlagen 1 bis 5 für die 6 Monate ausgesetzt.

Darüber hinaus gelten in einer Übergangsphase bis zur amtlichen Bekanntmachung dieser Regelungen auch solche Aufgaben als besondere Aufgaben, welche zuvor dem jeweiligen Zentrum oder Schwerpunkt im Krankenhausplan oder durch gleichartige Festlegung übertragen wurden und nicht von dieser Regelung als besondere Aufgabe erfasst werden. Nach der Bekanntmachung sind nur noch die durch den G-BA festgelegten

begünstigt, welche danach die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Aufgaben erfüllen; ein anteiliger Zuschlag ist nicht zu vereinbaren.

2.3.8 Absatz 8:

Dieser Absatz konkretisiert die bestehende Verpflichtung des G-BA, im Rahmen seiner Beobachtungspflicht den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ständig im Blick zu behalten. So wird sichergestellt, dass auch zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht erkennbare Entwicklungen bei künftiger Normsetzung berücksichtigt werden.

2.4 § 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben

2.4.1 Absatz 1:

Gemäß § 136c Absatz 5 Satz 4 SGB V hat der G-BA zu gewährleisten, dass es sich bei den von ihm festgelegten besonderen Aufgaben, nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen des SGB V finanziert werden. Der Gesetzgeber hatte zudem bereits in der Begründung zum Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) die Zuschläge für besondere Aufgaben als „ein ergänzendes Entgeltelement zu dem bundeseinheitlich kalkulierten DRG-System“ (BT Drs. 18/5372, S. 68) definiert, nicht etwa als ein alternatives Entgeltelement. Um eine Doppelfinanzierung auszuschließen, werden in Absatz 1 die gesetzlichen Vorgaben in einer nicht abschließenden Liste konkretisiert.

1. Der Gesetzgeber hat in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG eine Finanzierung über Zentrumszuschläge explizit ausgeschlossen, wenn die Aufgaben bereits über Fallpauschalen oder Zusatzentgelte nach § 9 Absatz 1 Nummern 1 und 2 KHEntgG finanziert werden oder werden können.

2. Für den Betrieb klinischer Krebsregister können keine Zuschläge vereinbart werden, da diese Aufgaben bereits über die fallbezogenen Krebsregisterpauschalen nach § 65c Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 SGB V vergütet werden. Eine entsprechende Klarstellung findet sich in der Gesetzesbegründung zum KHSG (BT-Drs. 18/5372, S. 68).

3. In § 136c Absatz 5 Satz 4 SGB V stellt der Gesetzgeber klar, dass die Möglichkeit der Vertragspartner, besondere Einrichtungen befristet aus den DRG-Vergütungen auszunehmen, unberührt bleibt. Eine Vergütung von besonderen Aufgaben wird in diesem Falle bereits bei der Vereinbarung der krankenhaushausindividuellen Entgelte berücksichtigt. Sofern ein Teil eines Leistungsbereichs als besondere Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG vom DRG-System ausgenommen und als besondere Aufgabe abgegrenzt wird, ist sie dennoch als Qualitätskriterium zu werten und schließt die Vereinbarung von Entgelten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des KHEntg (§ 136c Absatz 5 SGB V) nicht aus. Es ist jedoch eine Abgrenzung zu bereits vergüteten Bestandteilen vorzunehmen. Sofern der vollständige Leistungsbereich als besondere Einrichtung ausgegliedert ist, entfällt der Anspruch auf die Vereinbarung von Entgelten.

4. Die Finanzierung von Leistungen, die über Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen finanziert werden, ist ausgeschlossen.

5. Gleiches gilt für gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 2a KHEntgG.

2.4.2 Absatz 2:

Absatz 2 stellt klar, dass eine besondere Aufgabe nicht alleine in der Erbringung einer Leistung nach aktuellem medizinischen Standard besteht, auch wenn die Leistung von besonders hoher Qualität ist. Der G-BA orientiert sich hier am Urteil des BVerwG vom 22.05.2014 (3 C 9.13, Rdnr. 29): *„Das bedeutet zugleich, dass die in einem Zentrum angebotene Standardleistung nicht allein deshalb zu einer besonderen Aufgabe wird, weil sie qualitativ hochwertiger erbracht wird als in anderen Krankenhäusern“.*

2.4.3 Absatz 3:

Der Gesetzgeber hat mit § 2 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG klargestellt, dass es sich bei dem im Zentrum/Schwerpunkt erbrachten Leistungen krankenhaushausfinanzierungsrechtlich nicht um Leistungen handelt, die bereits durch Fallpauschalen und sonstige Regelungen des KHEntgG oder nach Regelungen des SGB V vergütet werden. In diesem Zusammenhang wurde durch § 2 Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz KHEntgG darüber hinaus betont, dass eine Zentrums-/Schwerpunktleistung auch Leistungen sein können, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung zuzuordnen sind (siehe hierzu auch Tragende Gründe zu § 3 Absatz 5).

2.5 § 5 Grundsätze von Qualitätsanforderungen

2.5.1 Absatz 1:

Für den Fall, dass ein Leistungsspektrum bzw. Gebiet eines Zentrums/Schwerpunkts explizit in den Anlagen benannt ist, gelten die aufgelisteten Qualitätsanforderungen für diese Zentren und Schwerpunkte. Diese müssen erfüllt sein, um die besonderen Aufgaben von der Landesplanungsbehörde zugewiesen zu bekommen.

2.5.2 Absatz 2:

Alle Anforderungen dieser Regelung sind am Standort zu erfüllen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) den Auftrag erhalten, eine bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegt, zu vereinbaren. Die Vereinbarung wurde am 29.08.2017 geschlossen und die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich. Entsprechend liegt dem Standortbegriff in dieser Regelung die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG zugrunde.

Bei einer nur temporären Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen, gelten die Voraussetzung für die Wahrnehmung von besonderen Aufgaben weiterhin als erfüllt, sofern das zur Nichterfüllung führende Ereignis unvorhergesehen eintritt bzw. kein Verschulden von Seiten des Krankenhauses vorliegt und der Zustand schnellstmöglich behoben wird. Das könnten beispielsweise krankheitsbedingte Personalausfälle sein, die kurzfristig und unvorhergesehen eintreten sowie über das übliche Maß hinausgehen.

2.5.3 Absatz 3:

Diese Regelung stellt an verschiedenen Stellen auf Fachabteilungen ab. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wird in der Regelung die Definition einer Fachabteilung vorgenommen, da bislang keine allgemeingültige Definition existiert. Die Voraussetzungen sind sämtlich zu erfüllen, wie sich aus dem „und“ am Ende von Nummer 3 ergibt.

2.5.3.1 Nummer 1:

In Nummer 1 wird die eigenständige Struktur und Organisation als Voraussetzung für die Anerkennung als Fachabteilung beschrieben. Eine Fachabteilung kann nicht eine Unterabteilung einer gänzlich anderen Abteilung sein (Beispiel: Neurochirurgie als Unterabteilung der Unfallchirurgie). Die eigenständige Struktur und Organisation ist nicht zwingend an die Vorhaltung von eigenen Betten dieser Fachabteilung geknüpft. Auch eine nicht bettenführende Fachabteilung kann dieses Kriterium erfüllen, wenn sie wesentliche Kriterien einer eigenen Organisationsstruktur wie eine eigene Leitung und Dienstplanung sowie klar definierte Zuständigkeiten innerhalb der Abteilung und in der Beziehung zu anderen Abteilungen erfüllt.

2.5.3.2 Nummer 2:

Die Fachkompetenz der Fachabteilung ergibt sich aus der entsprechenden Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte. Die Anforderung, dass innerhalb von maximal 30 Minuten eine Fachärztin oder ein Facharzt die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten behandeln kann, setzt das Vorhandensein mehrerer Fachärztinnen oder Fachärzte in der Fachabteilung voraus. Aus fachlicher Sicht ist es unerheblich, ob die Facharztverfügbarkeit zu jeder Zeit in der Fachabteilung durch einen Bereitschaftsdienst oder einen Rufbereitschaftsdienst gewährleistet wird, sofern sichergestellt ist, dass der Rufbereitschaftsdienst innerhalb eines Zeitraums von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten tätig werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass diese Sicherstellung derzeit in der Regel im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes gewährleistet werden kann. Gleichzeitig muss der Facharztstandard auch bei Urlaub, Krankheit, an Wochenenden und nachts innerhalb der angegebenen kurzen Zeit gewährleistet sein. Fachabteilungen können sich nicht aus einer einzelnen Fachärztin oder einem einzelnen Facharzt ergeben. Der Facharztstandard gilt nur mit entsprechenden Qualifikationsnachweisen gemäß Weiterbildungsordnung der Ärztekammer als erfüllt. Das bedeutet, dass nur Chirurginnen und Chirurgen in der Chirurgie den Facharztstandard herstellen können und nicht Internistinnen und Internisten.

2.5.3.3 Nummer 3:

Sofern der Landeskrankenhausplan oder der Versorgungsvertrag eine Ausweisung auf Fachabteilungsebene vorsieht, muss ein entsprechender Versorgungsauftrag vorliegen.

2.5.3.4 Nummer 4:

Die Vertragsparteien vor Ort dokumentieren die Fachabteilungsstruktur anhand der Fachabteilungsschlüssel (Zweistellerebene) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels eignet sich, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene geeint ist. Durch die Verwendung

der Fachabteilungsschlüssel wird nachvollziehbar, welches Krankenhaus welche Fachabteilungen vorhält. Nicht vorhandene Schlüssel müssen gegebenenfalls durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ergänzt werden.

2.5.4 Absatz 4:

Um auf einheitliche Bezeichnungen zurückgreifen zu können, werden die Bezeichnungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung verwendet. Dabei sind auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte miteingeschlossen, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

2.5.5 Absatz 5:

In § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V benennt der Gesetzgeber ausdrücklich das Erreichen von Mindestfallzahlen als mögliche im Zusammenhang mit den einzelnen besonderen Aufgaben zu erfüllende Qualitätsanforderung. Die Mindestfallzahl dient hierbei als Nachweis des Krankenhauses, dass es über eine besondere Expertise in dem Fachgebiet, in dem die besonderen Aufgaben übernommen werden, verfügt. Darüber hinaus dient die Mindestfallzahl als Indikator für das überörtliche Einzugsgebiet der Fachabteilung oder des Zentrums.

Um dem Umstand Sorge zu tragen, dass die Pflegesatz- bzw. Budgetverhandlungen teilweise prospektiv, teilweise auch retrospektiv geführt werden, sind zwei Möglichkeiten zur Berechnung der Mindestmengen vorgesehen. Für die Berechnung der Mindestfallzahl ist die Summe aller Fälle im jeweils zurückliegenden Kalenderjahr vor der Wahrnehmung der besonderen Aufgabe maßgeblich, die zu der in der Anlage näher bezeichneten Erkrankungen zu rechnen sind und im Zentrum im Rahmen der stationären Versorgung behandelt wurden. Wenn bereits die Daten über die Fälle des Kalenderjahrs der Wahrnehmung der besonderen Aufgabe vorliegen, sind diese maßgeblich.

2.5.6 Absatz 6:

Gemäß § 2a SGB V ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Damit besteht die Mindestvoraussetzung in einem barrierefreien Zugang zu den Einrichtungen der Krankenversorgung, wozu auch eine verständliche Darstellung der Strukturen des Zentrums gehört. Barrierefreiheit erstreckt sich demnach nicht allein auf die baulichen, sondern auch auf die kognitiven, sprachlichen, optischen, akustischen und auf Verständlichkeit bezogenen Anforderungen, sowie die spezifischen Zugangsbarrieren bei psychischen Erkrankungen.

2.5.7 Absatz 7:

Zur weiteren Förderung der behindertengerechten Versorgung sind die in dieser Regelung adressierten Zentren gehalten, mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen sowie Selbsthilfe-Kontaktstellen strukturiert zusammenzuarbeiten und dies auf ihrer Internetseite zu dokumentieren.

2.6 § 6 Evaluation

Der G-BA überprüft anhand einer Evaluation die Folgewirkung dieser Regelung. Dies ist notwendig, da nicht für alle Kriterien valide Daten auf Bundesebene vorliegen und daher zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollumfängliche Wirkungsanalyse möglich ist.

2.7 Anlage 1 - Seltene Erkrankungen

International liegen unterschiedliche Definitionen für eine seltene Erkrankung vor. In der Europäischen Union wird eine Erkrankung als "selten" definiert, wenn von ihr maximal 5 von 10.000 Menschen betroffen sind. Dieser Regelung wird die Definition der Europäischen Union zugrunde gelegt.

2.7.1 § 1 Qualitätsanforderungen

2.7.1.1 Absatz 1: Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen

2.7.1.1.1 Nummer 1:

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei seltenen Erkrankungen die Diagnose oft unklar ist, muss ein Zentrum mehr als eine seltene Erkrankung behandeln können. Idealerweise sollte das Zentrum den gesamten diagnostischen Bereich einer Krankheitsgruppe abdecken. Bei einer Krankheitsgruppe kann es sich beispielsweise um die in einem Kapitel der ICD-10-GM-Klassifikation zusammengefassten Erkrankungen handeln.

2.7.1.1.2 Nummer 2:

Die hier vorausgesetzte Struktur umfasst ein krankheitsübergreifendes Referenzzentrum (Typ A-Zentrum) mit mehreren organisatorisch integrierten Fachzentren (Typ B-Zentren). Aufgabe des Referenzzentrums ist es, die Koordination für mindestens fünf interne Fachzentren sowie fünf externe Fachzentren (siehe Nummer 3) zu übernehmen. Diese vernetzte Struktur stellt sicher, dass für Patienten mit initial unklarer Diagnose eine umfassende Diagnostik- und Therapieinfrastruktur vorgehalten wird.

Die folgenden Anforderungen an die integrierten Fachzentren orientieren sich an dem Kriterienkatalog für Typ B Zentren des Nationalen Aktionsbündnisse für seltene Erkrankungen (NAMSE) Version 3.0 mit Stand vom 12.04.2019.

2.7.1.1.2.1 a)

Das Fachzentrum verfügt über das für die Behandlung der Krankheit/Krankheitsgruppe, auf die es spezialisiert ist, erforderliche interdisziplinäre/multiprofessionelle Behandlungsteam. Die besondere Expertise des Behandlungsteams für die behandelte Krankheit/Krankheitsgruppe kann z.B. über folgende Informationen nachgewiesen werden:

- die Anzahl der behandelten Patienten
- Anzahl erkrankungsrelevanter Publikationen
- Weiterbildungsnachweise
- Fortbildungszertifikate.

2.7.1.1.2.2 b)

Der Leiter des Fachzentrums verfügt über eine herausragende Expertise für die Behandlung einer oder mehrerer seltener Erkrankungen und ist Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten, Angehörige, ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie weitere Leistungserbringer (z.B. andere Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte). Krankheits- und urlaubsbedingte Abwesenheiten sind über eine Stellvertreterregelung zu kompensieren.

2.7.1.1.2.3 c)

Patientinnen und Patienten mit einer seltenen Erkrankung haben in der Regel bereits eine Vielzahl von Arztkontakten, verbunden mit einem entsprechenden medizinischen und psychischen Leidensweg hinter sich, bevor der erste Kontakt zu einem Zentrum für seltene Erkrankungen aufgenommen wird. Dieser Erstkontakt sollte einfach in der Kommunikation und zeitlich wie auch regional gut wahrnehmbar sein. In einer zentralen Anlaufstelle des Zentrums erfolgen erste gezielte Abfragen, ggf. mithilfe entsprechender Fragebögen. Die weitere Koordination und Organisation des Erstkontaktes erfolgt zur Entlastung des Patienten und zur zielgerichteten Patienten-Steuerung über die Anlaufstelle des Zentrums.

2.7.1.1.2.4 d)

Um an Arzneimittelstudien zu seltenen Erkrankungen teilnehmen zu können, hält das Fachzentrum mindestens einen Arzt mit einer gültigen Prüfartzqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG) vor.

2.7.1.1.2.5 e)

Da es je Krankheitsgruppe nur wenige Patientinnen und Patienten bundesweit bzw. international gibt, ist es in vielen Fällen nicht möglich, Studien durchzuführen. Umso wichtiger ist es, alle Betroffenen mit ihren Krankheitsdaten in einem nationalen oder internationalen Register zu erfassen mit dem Ziel weitergehende Erkenntnisse über die Erkrankung, Behandlungsoptionen und –ergebnisse zu erlangen sowie daraus Behandlungsstandards zu entwickeln.

2.7.1.1.2.6 f)

Das Zentrum wirkt an der Erforschung von seltenen Erkrankungen sowie der Entwicklung von Diagnostik- und Therapiestandards mit. Da es im Bereich der seltenen Erkrankungen nur kleine Patientengruppen gibt, die i.d.R. nicht die erforderliche Größenordnung für Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa erreichen, werden auch niedrigere Evidenzstufen akzeptiert. Als Qualitätsanforderung wird das Vorhandensein eines Studienprotokolls vorausgesetzt.

2.7.1.1.2.7 g)

Das Typ-A-Zentrum übernimmt koordinierende Aufgaben für die integrierten Typ-B-Zentren und sorgt für eine enge Vernetzung der Typ-B-Zentren untereinander.

2.7.1.1.2.8 h)

Der Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen soll eine möglichst vollständige, bundesweite Informationsplattform der Versorgungsangebote für Patienten/innen mit seltenen Erkrankungen bieten. Daher wird hier verpflichtend gefordert, dass sich die Fachzentren (Typ B Zentren) auf dieser Plattform registrieren und dort über ihr spezifisches Versorgungsangebot informieren.

2.7.1.1.3 Nummer 3:

Durch die Übernahme koordinierender Aufgaben und die enge Kooperation mit Fachzentren anderer Krankenhäuser soll die krankheitsspezifische Vernetzung der Typ B Zentren bestärkt

werden. Da es bundesweit oftmals nur an wenigen Standorten krankheitsspezifische Fachexpertise zu einzelnen seltenen Erkrankungen gibt, ist eine Zusammenarbeit der Fachzentren, z.B. in Form von gemeinsamen Fallkonferenzen, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen oder der gemeinsamen Entwicklung von Leitlinien und Konsensuspapieren dringend geboten. Das Zentrum koordiniert für eine bestimmte Krankheitsgruppe den wissenschaftlich-fachlichen Austausch mit den externen Typ B Zentren und vernetzt die Zentren mit dem Europäischen Referenznetzwerk, das für diese Krankheitsgruppe zuständig ist. Art und Umfang der Kooperation mit dem Typ A Zentrum sind schriftlich zu dokumentieren.

2.7.1.1.4 Nummer 4:

Eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ist sowohl für die Diagnose von Patientinnen und Patienten als auch für die spezialisierte stationäre Behandlung unerlässlich, da sich die meisten Seltenen Erkrankungen in der (frühen) Kindheit manifestieren und dort diagnostiziert werden. Auch ist die klinische Symptomatik bei Diagnosestellung in der Pädiatrie nicht selten so bedrohlich, dass eine stationäre Aufnahme in einer Klinik mit viel Expertise zur Stabilisierung und Einleitung einer Therapie erforderlich wird. Im vom Innovationsfonds geförderten Projekt TRANSLATE-NAMSE sind mehr als 90% der Neudiagnosen neudiagnostizierten Patientinnen und Patienten mit einer seltenen Erkrankung Kinder und Jugendliche.

2.7.1.1.5 Nummer 5:

Seltene Erkrankungen sind oftmals genetisch bedingt. Das Zentrum für seltene Erkrankungen muss daher Zugang zu Hochdurchsatzverfahren haben. Die Verfahren der genetischen Diagnostik müssen nicht unmittelbar am Standort des Zentrums durchgeführt werden. Dennoch muss die humangenetische Expertise auf Facharzt-Niveau in einem Zentrum für Seltene Erkrankungen unmittelbar verfügbar sein, um kurzfristig Konsile und interdisziplinäre Fallkonferenzen durchführen zu können. Daher wird gefordert, dass ein Team mit einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin für Humangenetik zumindest werktätig (Montag – Freitag) am Standort des Zentrums verfügbar ist, welches die qualifizierte Interpretation der genetischen Analysen sowie eine Aufklärung der Patienten/innen sicherstellt. Sollte das Krankenhaus über mehrere Standorte verfügen und die Humangenetik daher nicht am selben Ort wie die Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin befinden, so ist eine Verfügbarkeit an mindestens drei Tagen in der Woche, sowie eine grundsätzliche Verfügbarkeit innerhalb von 60 Minuten am Standort sicherzustellen.

2.7.1.1.6 Nummern 6:

Die Vorhaltung eines Lotsen ist von jedem Zentrum für seltene Erkrankungen verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher ist diese Vorhaltung sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch § 2 Nummer 7). Da spezialisierte Versorgungsangebote für einzelne seltene Erkrankungen bundesweit oftmals nur an wenigen Standorten vorgehalten werden, sollen Patientinnen und Patienten durch einen ärztlichen Lotsen darin unterstützt werden, die geeigneten Behandlungsangebote zu identifizieren. Aufgrund der Anfragen sowohl zu pädiatrischen als auch zu erwachsenen Patientinnen und Patienten muss für die Lotsenfunktion die Expertise für beide Altersbereiche vorliegen. Eine werktägliche Erreichbarkeit ist für die zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten wichtig.

2.7.1.1.7 Nummer 7:

Bei der Diagnosestellung einer seltenen Erkrankung ist die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen erforderlich. Das Zentrum soll daher institutionalisiert eine interdisziplinäre Sprechstunde für Patienten mit nicht gesicherten Diagnosen durchführen.

2.7.1.1.8 Nummer 8:

Der Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen soll eine möglichst vollständige, bundesweite Informationsplattform der Versorgungsangebote für Patienten mit seltenen Erkrankungen bieten. Daher wird hier verpflichtend gefordert, dass sich die Referenzzentren (Typ A Zentren) auf dieser Plattform registrieren.

2.7.1.2 Absatz 2: Forschungstätigkeit

2.7.1.2.1 Nummer 1:

Das Referenzzentrum wirkt aktiv an der Entwicklung von einheitlichen Diagnostik- und Therapiestandards für seltene Erkrankungen oder Gruppen von seltenen Erkrankungen mit. Dies sollte, soweit möglich, unter Einbeziehung der Patientenselbsthilfe erfolgen.

2.7.1.2.2 Nummer 2:

Das Zentrum wirkt aktiv an der Erforschung von seltenen Erkrankungen sowie an der Entwicklung von einheitlichen Diagnostik- und Therapiestandards mit. Die gewonnenen Erkenntnisse werden der Fachöffentlichkeit durch wissenschaftliche Publikationen zugänglich gemacht mit dem Ziel, Wissen weiterzugeben und fachliche Diskussionen voranzubringen. An dieser Stelle wurde von rigiden zeitlichen oder quantitativen Vorgaben abgesehen, da sich in dem sehr überschaubaren Bereich der seltenen Krankheiten durch Personalwechsel oftmals gravierende Verzögerungen bei Veröffentlichungen ergeben können, die ggf. zur Nicht-Erfüllung der Anforderungen führen können, auf die das Zentrum nur begrenzt Einfluss nehmen konnte.

2.7.1.2.3 Nummer 3:

Patientinnen und Patienten mit Seltene Erkrankungen, für die auch im Zentrum zunächst keine Diagnose gestellt werden kann und oft verdächtige Varianten in der Exomdiagnostik als Ergebnis der Diagnostik haben, brauchen für die weitere Aufarbeitung ihres Krankheitsfalles den direkten Zugang zu wissenschaftlich tätigen Expertinnen und Experten; insbesondere aus der Humangenetik aber auch aus den forschenden fachspezifischen B-Zentren. Auch für klinische Studien und nicht zuletzt für die Ausbildung von Studierenden ist ein universitäres Zentrum notwendig.

2.7.1.3 Absatz 3: Mindestfallzahlen

Die Nummern 1 und 2 sind kumulativ zu erfüllen.

2.7.1.3.1 Nummer 1:

Das Zentrum deckt ein möglichst breites Spektrum an seltenen Erkrankungen ab und kann umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen vorwei-

sen. Der Nachweis erfolgt über eine Mindestfallzahl an jährlich stationär in dem Zentrum behandelten Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung. Die Fallzahl der im Zentrum stationär behandelten Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung ist auf Basis des Musterdatensatzes „Kodierung von Seltenen Erkrankungen“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu ermitteln. Die Klassifikationsdatei ist kostenfrei auf der Website des DIMDI verfügbar: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=alpha-id/seltene-erkrankungen>.

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

Aktuell können nicht alle Seltene Erkrankungen mit dem ICD-10-GM eindeutig kodiert werden. Jedoch ist die Alpha-ID-SE des DIMDI bereits für viele Seltene Erkrankungen im Krankenhausinformationssystem hinterlegt, sodass die korrekte Orphanet-Kennnummer zusätzlich zum ICD-10-GM-Code kodiert werden sollte. Hierdurch soll die Datengrundlage zu Art und Anzahl der bundesweit behandelten seltenen Erkrankungen verbessert werden. Maßgeblich für die Ermittlung der Mindestfallzahl ist jedoch die ICD 10-GM.

2.7.1.3.2 Nummer 2:

Das Zentrum stellt seine Expertise regelmäßig anderen Krankenhäusern zur Verfügung, indem es interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser durchführt. Zum Nachweis der erforderlichen Durchführungsroutine werden jährlich mindestens 50 interdisziplinäre Fallkonferenzen erbracht. Die Anzahl der Fallkonferenzen stellt eine Gesamtzahl für das Typ A Zentrum dar. Die einzelnen integrierten Fachzentren sind einzubinden, wenn dies fachlich geboten ist. Es wird jedoch nicht gefordert, dass jedes integrierte Fachzentrum an jeder der 50 Fallkonferenz teilnehmen muss. Die Fallkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden.

2.7.1.4 Absatz 4: Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Zentrum für seltene Erkrankungen verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch § 2 Nummer 4).

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums für seltene Erkrankungen und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.

2.7.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von Zentren für seltene Erkrankungen festgelegt. Ein Zentrum für seltene Erkrankungen kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen. Bei der Wahrnehmung der Aufgabe in Verantwortung des Referenzzentrums und seiner am Standort integrierten Fachzentren sind die Kosten für die Mitwirkung der weiteren Fachzentren bei den besonderen Aufgaben einzubeziehen.

2.7.2.1 Nummer 1:

Die Erstdiagnose einer seltenen Erkrankung erfolgt zumeist in einem Zentrum mit besonderer Expertise in der Diagnostik seltener Erkrankungen. Die langfristige Betreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt hingegen in der Regel wohnortnah. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, welche die regelhafte wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten übernehmen, in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich.

Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.7.2.2 Nummer 2:

Zentrumsbezogene Fortbildungsveranstaltungen zu seltenen Erkrankungen sind zuschlagsfähig, da die Zentren das nur an wenigen Standorten vorhandene Expertenwissen weitervermitteln sollen, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser dafür zu sensibilisieren, das mögliche Vorliegen einer seltenen Erkrankung zu erkennen. Voraussetzung ist, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Krankenhäuser die Fortbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können. Dem Zentrum ist es weiterhin möglich, zusätzlich auch fremdfinanzierte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen anzubieten. Eine Doppelvergütung für eine Veranstaltung ist auszuschließen.

2.7.2.3 Nummer 3:

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

2.7.2.4 Nummer 4:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums für seltene Erkrankungen und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum durch seine herausragende Expertise und

seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.7.2.5 Nummer 5:

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

2.7.2.6 Nummer 6:

Das Register bündelt die Daten zu seltenen Erkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Ziel sollte ein zentrales, integriertes Register sein, welches sowohl genomische wie auch klinische und bildgebende Daten beinhaltet. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Zu beachten ist, dass zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges nationales oder internationales Register etabliert werden sollte. Anerkannte Standards, die den institutions-übergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.

2.7.2.7 Nummer 7:

Je weniger Menschen es mit einer bestimmten seltenen Erkrankung gibt, umso geringer ist auch das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten. Versorgungsangebote für einzelne seltene Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen werden zudem nur an wenigen Standorten bundesweit vorgehalten. Daher sollen Patientinnen und Patienten durch einen ärztlichen Lotsen darin

unterstützt werden, die für ihre Erkrankung geeigneten Behandlungsangebote zu identifizieren. Dies betrifft insbesondere Patientinnen und Patienten, die zur Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung vorstellig werden, oder bei denen im Rahmen des Entlassmanagements die Notwendigkeit einer Weiterversorgung in einem anderen Krankenhaus oder dessen Spezialambulanz festgestellt wurde.

Zur Unterstützung des bzw. der ärztlichen Lotsen kann bei Bedarf auch zusätzlich ein nicht-ärztlicher Lotse eingesetzt werden.

Darüber hinaus ist eine Vernetzung der Zentren untereinander von hoher Relevanz. Daher ist zusätzlich ein administrativer Koordinator vorgesehen, der die Koordination zwischen den Fachzentren (Typ B Zentren) innerhalb des Referenzzentrums (Typ A Zentrums) sowie außerhalb zu anderen Referenzzentren (Typ A Zentren) und anderen Fachzentren (Typ B Zentren) oder anderen Mitgliedern des Europäischen Referenznetzwerkes sicherstellt.

Die Koordinierungsaufgaben zwischen den verschiedenen Fachzentren und Referenzzentren sind übergreifende Aufgaben, welche sich nicht einem einzelnen Krankenhausfall zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.

2.7.2.8 Nummer 8:

Die Informationsplattform soll einen möglichst vollständigen, bundesweiten Überblick über die Versorgungsangebote für Patienten mit seltenen Erkrankungen bieten. Daher wird als Qualitätsanforderung an die Referenzzentren (Typ A Zentren) und an die in einem Referenzzentrum organisierten Fachzentren (Typ B Zentren) unter § 1 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe i und § 1 Absatz 2 Nummer 9 eine verpflichtende Registrierung auf dieser Plattform festgelegt. Da diese Informationen an einer zentralen Stelle gebündelt und öffentlich bereitgestellt werden sollen, wird hier explizit der Versorgungsatlas für Menschen mit Seltene Erkrankungen adressiert, der mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Gesundheit auf Basis eines Beschlusses des Deutschen Bundestages aufgebaut wurde.

2.7.2.9 Nummer 9:

Seltene Erkrankungen werden zu einem sehr hohen Anteil erstmals im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert. Ein Transitionskonzept ist erforderlich, um einen koordinierten Übergang dieser Patienten in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen.

2.7.2.10 Nummer 10:

Entsprechend der § 5 Absatz 7 der Zentrums-Regelungen soll eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen erfolgen. Dazu führt das Zentrum regelmäßig Informationsveranstaltungen durch, in denen es über seine speziellen Angebote bezüglich Diagnostik, Therapie und besonderen Aufgaben i.S. dieser Regelungen informiert, um die Multiplikator-Wirkung der Patientenorganisationen zu nutzen. Weiterhin sollten auch Betroffene durch diese Veranstaltungen medizinisch-fachliche Informationen zu den im Zentrum behandelten Krankheitsbildern und Behandlungsoptionen erhalten.

2.8 Anlage 2 - Anforderungen an Onkologische Zentren

2.8.1 § 1 Qualitätsanforderungen

Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.

2.8.1.1 Absatz 1: Strukturelle Anforderungen

Die Anforderungen des Absatzes 1 sind kumulativ zu erfüllen, soweit nicht anders angegeben.

2.8.1.1.1 Nummer 1:

Am Standort des Onkologischen Zentrums werden alle Fachgebiete vorgehalten, die ein breites diagnostisches Angebot und (nahezu) alle Behandlungsoptionen in der Onkologie ermöglichen. Die Vorhaltung der Fachabteilungen für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums gewährleisten, dass rund um die Uhr qualifizierte Ansprechpartner für die Beratung anderer Leistungserbringer bei schwierigen onkologischen Problemkonstellationen (seltene onkologische Erkrankungen oder seltene hochkomplexe Konstellationen bei häufigen onkologischen Erkrankungen) zur Verfügung stehen.

Weiterhin muss für besondere Fälle (z.B. bei einer drohenden oberen Einflusstauung bei Verdacht auf ein mediastinales malignes Lymphom) sichergestellt sein, dass eine frühzeitige Krebsdiagnose erfolgt. Aus diesem Grunde wurde geregelt, dass für den Standort des Onkologischen Zentrums eine histopathologische Tumordiagnostik innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang erfolgt. Da die pathologische Diagnostik eine aufwendige technische Aufarbeitung der Gewebeprobe voraussetzt und u.U. auch weiterführende stufendiagnostische Untersuchungen erfordert, kann dies nicht durch telefonische Verfügbarkeit oder Schnellschnitt sichergestellt werden.

2.8.1.1.2 Nummer 2:

Nicht nur aufgrund der sich verändernden diagnostischen und therapeutischen Optionen in der Onkologie hat die palliativmedizinische Versorgung der Patienten einen zunehmenden Stellenwert in der Versorgungskette onkologischer Patientinnen und Patienten.¹

Um eine frühzeitige bedarfsgerechte Anbindung („early integration“) von Patienten an eine palliativmedizinische Versorgung zu gewährleisten, ist eine ständige Verfügbarkeit eines Palliativmediziners erforderlich.

Dies ist regelhaft auch gegeben, wenn am Standort eine spezialisierte Palliativstation vorhanden ist. Um dieses Merkmal anhand von Routinedaten aufwandsarm überprüfen zu können, wurden in diesem Konzept der entsprechende OPS-Komplexcode hinterlegt.

Diese Anforderungen entsprechen denen des Nationalen Zertifizierungsprogrammes Krebs. Die dortige Vorgabe, dass mindestens 5 Palliativbetten vorhanden sein sowie mehr als 100 Neuaufnahmen pro Jahr erfolgen müssen, wurde durch die Mindestfallzahl von 25 Fällen mit

¹ Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with meta-static non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363 (8):733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678.

spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung pro Jahr operationalisiert. Diese Art der Abbildung von palliativmedizinischer Kompetenz wurde unter Einbeziehung auch externen Sachverständigen im Stellungnahmeverfahren intensiv beraten. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen danach medizinische Erfahrungssätze vor, welche auf einen Zusammenhang von Quantität und Qualität der Versorgung und für sachgerechte Ergebnisse bei der beschlossenen Mindestfallzahl hinweisen. Gleichwohl wird der G-BA die Auswirkungen der Regelungen beobachten und bei Erfordernis Anpassungen vornehmen.

2.8.1.1.3 Nummer 3:

Die ganzheitliche Behandlung onkologischer Patientinnen und Patienten stellt besondere Anforderungen an die bedarfsbezogene Beratung und Vermittlung von ergänzenden Therapie- und Hilfsangeboten. Daher ist es erforderlich, dass besonders qualifiziertes Personal in Schnittstellenbereichen die Aufgabe übernimmt, z.B. Beratungen zu Hilfsangeboten durchzuführen oder vorhandene Hilfsangebote zu koordinieren. Für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen ist es eine Notwendigkeit, diese Hilfe zu erhalten, die nur in Onkologischen Zentren strukturiert und qualifiziert erbracht werden kann.

2.8.1.1.4 Nummer 4:

Die Mindestanforderungen der Richtlinie für Kinderonkologie sind einzuhalten, insbesondere um Aufgaben im Zusammenhang mit Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik gemäß dieser Richtlinie zu übernehmen (Aufgabe 6). Die Mindestfallzahl der im Zentrum behandelten Kinder- und Jugendlichen mit onkologischen Diagnosen entspricht der geforderten Mindestfallzahl im „Zertrechner“ der Deutschen Krebsgesellschaft und beruht auf Expertenkonsens. Aufgrund der geringen Inzidenz kinderonkologischer Fälle sind hier nicht zwingend Primärfälle gefordert.

2.8.1.2 Absatz 2: Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Onkologischen Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe auch § 2 Nummer 4).

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Onkologischen Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Onkologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.

2.8.1.3 Absatz 3: Forschungstätigkeit

Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin tragen die Onkologischen Zentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei

Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrische Studien mit Studienprotokoll handeln, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinatorin eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.

2.8.1.4 Absatz 4: Kooperationen

Die regelmäßige, mindestens wöchentliche Durchführung einer Tumorkonferenz ist eine Anforderung der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe an ein Onkologisches Zentrum. Dabei sind folgende Fachdisziplinen verbindlich einzubeziehen: diagnostisches, operatives und ggf. organspezifisch-medikamentöses Fachgebiet, Radioonkologie, Hämatookologie und Onkologie, Radiologie und Pathologie. Nach Bedarf sind weitere Fachgebiete oder Berufsgruppen in die Tumorkonferenz einzubeziehen. Auch die Einbindung der vertragsärztlichen Ebene soll bei Bedarf und sofern möglich erfolgen, um eine reibungslose Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung zu unterstützen. Eine etablierte routinemäßige Durchführung interdisziplinärer Tumorkonferenzen ist erforderlich, um jederzeit entsprechende Tumorkonferenzen auch für Patientinnen und Patienten anderer Leistungserbringer durchführen zu können.

2.8.1.5 Absatz 5: Mindestfallzahlen

Es besteht Expertenkonsens darüber, dass sich ein Onkologisches Zentrum auf mehrere Organe oder Fachgebiete erstreckt (vgl. Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs vom 29.11.2018). Gemäß Definition der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe zeichnet sich ein Onkologisches Zentrum (ab drei Jahren nach Erstzertifizierung) durch besondere Kompetenz in mindestens drei der sechs gemessen an der Inzidenz bedeutendsten Tumorentitäten (Organkrebszentren) sowie mindestens zwei weiteren Tumorentitäten (Module) aus. Zusätzlich muss ein Geltungsbereich des Zentrums von mindestens 50 % erfüllt sein. Der Geltungsbereich des Zentrums wird mittels Tabelle 1 berechnet. Tabelle 1 orientiert sich an der Systematik des „Zertrechners“ Onkologisches Zentrum der Deutschen Krebsgesellschaft. Mit der Anwendung des Zertrechners wird gewährleistet, dass sich nur die Kliniken als Onkologisches Zentrum qualifizieren, die nachweisbar ein breites Spektrum onkologischer Diagnosen mit überprüfter Expertise behandeln. Der Zertrechner ist seit vielen Jahren implementiert und hat seine praktische Anwendbarkeit bewiesen. Erst mit der Kombination mehrerer Parameter (Mindestzahl Tumorentitäten, Mindestprimär-/zentrumfälle und Erreichen des Geltungsbereichs) ist die gewünschte Transparenz zu erreichen. Das zusätzliche Kriterium des Geltungsbereichs gewährleistet, dass Krankenhäuser mit einem breiten Spektrum in der Onkologie gefördert werden.

Der Zertrechner wurde insofern modifiziert, als dass die Krebsneuerkrankungen (Inzidenzen) auf Basis der neuesten verfügbaren Daten des Robert –Koch-Instituts aktualisiert wurden (Datenjahr 2014, Datenstand 29.11.2017). Zudem wurden die „Hämatologischen Neoplasien“ als siebte bzgl. ihrer Inzidenz bedeutende Tumorentität ergänzt, da dies im Stellungnahmeverfahren u.a. von der Deutschen Krebsgesellschaft angeregt wurde. So wurden von den Fachgesellschaften bereits klar definierte, umfassende Anforderungen für hämatologische Neoplasien

erarbeitet, die in Kürze im Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs umgesetzt werden sollen. Daraus ergibt sich, dass die hämatologischen Neoplasien in Tabelle 1 folgerichtig zusammengefasst werden sollten.

Es werden nur die Mindestprimärfallzahlen der Organkrebszentren und der Module für die Ermittlung des Geltungsbereichs berücksichtigt.

Transitzentren, d.h. Krankenhäuser, die erstmals eine Zertifizierung als Onkologisches Zentrum anstreben und nur eine übergangsweise reduzierte Mindestprimärfallzahl erfüllen, werden nicht berücksichtigt. Grund hierfür ist, dass besondere Aufgaben von bereits etablierten Zentren übernommen werden sollen, die seit mindestens drei Jahren über die besondere Expertise eines Onkologischen Zentrums verfügen. Für einen Übergangszeitraum bis zum 30.06.2022 reicht ein Nachweis, dass umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens vier Tumorentitäten vorhanden ist. Diese besondere Kompetenz muss entsprechend der o.g. Regelungen für mindestens drei der sieben gemessen an der Inzidenz bedeutendsten Tumorentitäten sowie mindestens einer weiteren Tumorentität nachgewiesen werden. Auf diese Weise soll der Verzicht auf Transitzentren kompensiert und eine bessere Kompatibilität zum Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs erzielt werden. Der Geltungsbereich von mindestens 50 % der neuauftretenden (inzidenten) Tumorerkrankungen ist auch während des Übergangszeitraumes zu erreichen.

Im Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs werden derzeit für die Tumorentitäten Sonstige gastrointestinale Tumoren (Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren, Dünndarm-Tumoren), Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere), Lymphom, Leukämie, Hämatologische Systemerkrankungen (Plasmocytom, u.a.) und Hoden/Penis keine Mindestprimärfallzahlen ausgewiesen. Der Grund hierfür liegt in weitgehend fehlenden S 3 Leitlinien für diese z. T. sehr seltenen Tumorentitäten. Um diese Tumorentitäten für den Geltungsbereich anerkennen zu können, wurden die Mindestfallzahlen konservativ anhand von vergleichbaren Inzidenzen anderer Tumorerkrankungen ermittelt. Die Angabe von Primärfallzahlen motiviert sich aus der Absicht, dass Patienten nach Stellung der Diagnose fallabschließend in einem einzigen Onkologischen Zentrum behandelt werden sollten.

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

Die Anforderungen in § 1 Absatz 4 und 5 können durch eine erfolgreiche Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. für ein Onkologisches Zentrum mit mindestens fünf zertifizierten Organkrebszentren/ Modulen, davon mindestens drei Organkrebszentren, nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen unter § 1 Absatz 4 und 5 entsprechen.

2.8.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von Onkologischen Zentren festgelegt. Ein Onkologisches Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.

2.8.2.1 Nummer 1:

Eine Tumorkonferenz ist Teil einer modernen Tumorthherapie. Neben der Teilnahme erfahrener Ärztinnen und Ärzte aus den sogenannten Kernfächern (z.B. Strahlentherapie, Radiologie, Chirurgie, Hämatoonkologie) sollten auch die Nuklearmedizin, Pathologie und Humangenetik einbezogen werden, wobei die Zusammensetzung je nach Erkrankung und Thema variiert. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, welche die regelhafte wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten übernehmen, in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich.

Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.8.2.2 Nummer 2:

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

2.8.2.3 Nummer 3:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Onkologischen Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Onkologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungsbereiter wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.8.2.4 Nummer 4:

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

2.8.2.5 Nummer 5:

Das Tumorregister bündelt die Daten zu onkologischen Erkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Zu beachten ist, dass zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges bundesweites Register etabliert werden sollte. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. Nicht zuschlagsfähig sind die klinischen Krebsregister gemäß § 65c SGB V, da diese bereits auf Basis anderer gesetzlicher Regelungen finanziert werden.

2.8.2.6 Nummer 6:

Leistungen, die Bestandteil der G-BA-Richtlinien sind, sind im Regelfall bereits durch DRG-Fallpauschalen oder sonstige Entgelte abgegolten und daher nicht zuschlagsfähig. Im Falle der Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten wird eine Ausnahme in Bezug auf die Therapieoptimierungsstudien und die damit verbundene einheitliche Referenzdiagnostik formuliert. Grund hierfür ist, dass die Kosten für Forschungsaufgaben nicht in den DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden.

2.8.2.7 Nummer 7:

Entsprechend der § 5 Absatz 7 der Zentrums-Regelungen soll eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen erfolgen. Dazu führt das Zentrum regelmäßig Informationsveranstaltungen durch, in denen es über seine speziellen Angebote bezüglich Diagnostik, Therapie und besonderen Aufgaben i.S. dieser Regelungen informiert, um die Multiplikator-Wirkung der Patientenorganisationen zu nutzen. Weiterhin sollten auch Betroffene durch diese Veranstaltungen medizinisch-fachliche Informationen zu den im Zentrum behandelten Krankheitsbildern und Behandlungsoptionen erhalten.

2.9 Anlage 3 - Anforderungen an Traumazentren

2.9.1 § 1 Qualitätsanforderungen

Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.

2.9.1.1 Absatz 1: Strukturelle Anforderungen und fachliche Anforderungen

In einem Traumazentrum wird jederzeit, d. h. 24 Stunden/365 Tage eine strukturelle, personelle und fachliche Ausstattung vorgehalten, die geeignet ist, alle Arten von Verletzungen sowohl als Notfall als auch im weiteren Verlauf definitiv versorgen zu können. Dementsprechend ist an diesen Standorten auch die Beratungskompetenz vorhanden, andere Traumaversorger bei schwieriger oder seltenen Konstellationen zu beraten.

Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Absatz 1 kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. als überregionales Traumazentrum nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen des Weißbuches Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 entsprechen.

2.9.1.2 Absatz 2: Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Traumazentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe auch § 2 Nummer 4).

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Traumazentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Traumazentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.

2.9.1.3 Absatz 3: Forschungstätigkeit

Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Traumazentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrische Studien mit Studienprotokoll handeln, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinator eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.

Mit dem TraumaRegister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie besteht bereits heute ein etabliertes Instrument zur Schaffung von Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung. Es beinhaltet detaillierte Informationen über Demografie, Verletzungsmuster, Komorbiditäten, präklinisches und klinisches Management, intensivmedizinischen Verlauf und wichtige Laborbefunde einschließlich Transfusionsdaten. Weiterhin werden Daten zum Outcome wie beispielsweise der Zustand der Patientinnen und Patienten nach Entlassung dokumentiert. Eine Teilnahme an diesem Register wird daher vom G-BA für die Traumazentren festgelegt.

2.9.1.4 Absatz 4: Spezialisierung (mind. eine)

Das Traumazentrum zeichnet sich dadurch aus, dass es in einem der folgenden vier Spezialbereiche besondere seltene Vorhaltungen hat.

2.9.1.4.1 Nummer 1:

Zur Sicherstellung einer optimalen Erstbehandlung und Rehabilitation von Schwerbrandverletzten ist es erforderlich, diese Patienten unmittelbar in spezialisierte Brandverletzententren zu transportieren. Die European Burns Association empfiehlt die Vorhaltung von einem Intensivbett für Schwerbrandverletzte pro 1 Mio. Einwohner. Es handelt sich folglich um eine seltene Vorhaltung in kleinen Einheiten (siehe hierzu auch www.verbrennungsmedizin.de/brandverletzententren). Dies zeigt sich auch in den Daten des Weißbuches Schwerverletztenversorgung (Stand Mai 2012): Demnach stehen für die Versorgung von Schwerbrandverletzten in Deutschland 128 Betten primär für Erwachsene und 46 Betten primär für Kinder an insgesamt 36 Versorgungseinrichtungen zur Verfügung (Stand November 2011). Traumazentren, die diese besonderen Ausstattungs- und Behandlungsmerkmale erfüllen und vorhalten sowie bei der zentralen Anlaufstelle für die Vermittlung von Krankenhausbetten für Schwerbrandverletzte (Feuerwehr Hamburg) gelistet sind, machen ihren Belegungsstand der Betten für Schwerbrandverletzte transparent und sind bei freien Bettenkapazitäten jederzeit aufnahmebereit.

2.9.1.4.2 Nummer 2:

Die Hand- und Replantationschirurgie erfordert eine besondere Kompetenz in der vaskulären Mikrochirurgie und in der Mikrochirurgie peripherer Nerven, um ein gutes Replantationsergebnis zu erreichen. Die hier vorliegenden Kriterien orientieren sich an den Zertifizierungskriterien für Hand Trauma Center gemäß Hand Trauma Kommission (HTC) der Federation of the European Societies for Surgery of the Hand (Stand 13. Mai 2018).

Durch die abweichende Festlegung gegenüber den Zertifizierungsanforderungen unter § 1 Absatz 4 Nummer 2 Buchstabe c soll sichergestellt werden, dass die Mindestfallzahl nicht durch elektive Eingriffe, wie beispielsweise Operationen des Karpaltunnelsyndroms, erreicht wird, sondern durch die Versorgung schwerer Handverletzungen. Damit wird sichergestellt, dass in dem Zentrum eine entsprechende Routine in komplexen handchirurgischen Eingriffen vorhanden ist.

Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Absatz 4 Nummer 2 Buchstaben a und b kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung als Hand Trauma Center nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen der Hand Trauma Kommission (HTC) der Federation of the European Societies for Surgery of the Hand Stand 13.05.2018 entsprechen.

2.9.1.4.3 Nummer 3:

Das Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellt besondere Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung von Krankenhäusern, die die regelhafte umfassende Behandlung von Querschnittverletzungen übernehmen. Das Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sorgt im Kern dafür, dass die gesamte Versorgung querschnittgelähmter Patientinnen und Patienten von der Erstversorgung, operativen Anschlussversorgung bis zur Frührehabilitation in einer Hand bleibt. Die hier beschriebenen Kliniken halten die entsprechende Kompetenz aber auch die technischen Gegebenheiten vor, um die größtmögliche Chance für eine funktionelle Erholung nach einer Rückenmarkverletzung zu bieten.

2.9.1.4.4 Nummer 4:

Das schwerverletzte Kind stellt eine besondere Herausforderung selbst für erfahrene Unfallchirurgen dar. Um bei dieser Patientklientel erfolgreich behandeln und andere stationäre Leistungserbringer bei kindertraumatologischen Fragestellungen beraten zu können, verfügt das Zentrum über ein kindertraumatologisches Referenzzentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (Stand Mai 2012). Zudem werden die Strukturen und die Expertise für eine umfassende Kindernotfallversorgung vorgehalten.

2.9.2 § 2 Besondere Aufgaben

Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.

2.9.2.1 Nummer 1:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser, insbesondere die regionalen und lokalen Traumazentren in seinem Netzwerk, in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Die Unterstützung von spezialisierten Reha-Einrichtungen sowie die Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich.

Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.9.2.2 Nummer 2:

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

2.9.2.3 Nummer 3:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Traumazentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Traumazentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.9.2.4 Nummer 4:

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

2.9.2.5 Nummer 5:

Das Traumaregister bündelt die Daten an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Anerkannte Standards, die den institutions-übergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Das Traumaregister der Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) wurde bereits 1993 gegründet. Etwa 700 Krankenhäuser melden inzwischen Daten an dieses Register. Da zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges bundesweites Register etabliert werden sollte, wird hier explizit das Traumaregister der DGU adressiert. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.

2.9.2.6 Nummer 6:

Eine außergewöhnliche technische Vorhaltung in Traumazentren stellt die intraoperative Computertomografie dar. Für die traumatologischen Zentren bedeutet dies die Gestellung eines radiologischen Bereitschaftsdienstes. Zuschlagsfähig sind nur die Personalkosten für die Betreuung des intraoperativen CTs, nicht jedoch die Vorhaltung eines radiologischen Bereitschaftsdienstes als solches. Ebenfalls nicht zuschlagsfähig sind die Anschaffungs- und Betriebskosten des CTs.

2.9.2.7 Nummer 7:

Großschadenereignisse stellen die Traumazentren durch den Massenanfall von Verletzten vor eine seltene, aber wichtige Herausforderung. Für die Versorgung einer großen Anzahl Verletzter ist eine entsprechende Menge an Verbrauchsmaterialien (z.B. Verbände) ganzjährig vorzuhalten. Als besondere Aufgabe anerkannt wird damit die Lagerung dieser Verbrauchsmaterialien.

2.10 Anlage 4 - Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie

2.10.1 § 1 Qualitätsanforderungen

Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.

2.10.1.1 Absatz 1: Strukturelle Anforderungen

Durch die Vorhaltung einer Fachabteilung für Rheumatologie wird sichergestellt, dass am Standort des Zentrums zu jeder Zeit fachärztliche rheumatologische Expertise zur Verfügung steht. Rheumapatienten haben oftmals eine komplexe Krankheitssymptomatik, wobei mehrere Organsysteme betroffen sind. Zur umfassenden Beratung und Behandlung ist daher ein multidisziplinäres Behandlungsteam erforderlich.² Die aufgeführten Fachabteilungen für Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie wurden ausgewählt, da bei einem Großteil der rheumatologischen Erkrankungen die spezielle Expertise dieser Fachdisziplinen für die Diagnostik und Behandlung im Vordergrund steht. Zudem können die Augen mit all ihren Strukturen insbesondere bei Vaskulitiden mitbetroffen sein, so dass auch augenärztliche Kompetenz gefragt ist. Weiterhin wurde im Stellungnahmeverfahren angemerkt, dass sich rheumatologische Krankheiten und ihre Komorbiditäten auch häufig am Gastrointestinaltrakt manifestieren und daher eine spezifische gastroenterologische Diagnostik und Therapie erforderlich machen. Mindestens drei dieser Fachabteilungen sind am Standort des Zentrums vorzuhalten.

Für Patientinnen und Patienten mit akutem Krankheitsschub muss das Zentrum jederzeit aufnahmebereit sein. Die Anforderungen des Absatzes 1 sind kumulativ zu erfüllen.

2.10.1.2 Absatz 2: Forschungstätigkeit

Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin tragen die Rheumazentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrischen Studien mit Studienprotokoll handeln, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Da die Durchführung von multizentrischen Studien aufgrund der überschaubaren Zahl stationärer rheumatologischer Leistungserbringer nicht immer möglich ist, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch eine Beteiligung an rheumatologischer Grundlagenforschung nachgewiesen werden. Als Koordinatorin eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein. Im Bereich der Rheumatologie existieren bereits heute fachspezifische

² Zink A., Braun J., Gromnica-Ihle E. et al. (2017). Memorandum der Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. Springer Verlag Berlin Heidelberg 2017. Z Rheumatol 76: 195-207.

Register, so dass eine Teilnahme für viele Rheumatologische Zentren bereits gelebte Praxis ist. Dieses Engagement soll durch diese Regelung befördert und bestärkt werden.

2.10.1.3 Absatz 3: Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Rheumazentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch § 2 Nummer 4).

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Herzzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Rheumatologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.

2.10.1.4 Absatz 4: Mindestfallzahlen

Krankenhäuser, die eine Beratungsfunktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen, müssen nachweisen, dass sie in der Behandlung dieser Erkrankungen über eine entsprechende Routine verfügen. Bei der Mindestfallzahl von 500 Fällen wird davon ausgegangen, dass das Krankenhaus pro Woche durchschnittlich mindestens zehn Patientinnen und Patienten mit einer rheumatologischen Hauptdiagnose stationär behandelt.

Einige Kliniken haben sich auf die Behandlungen von Vaskulitiden (Gefäßentzündungen) spezialisiert. Für diese überwiegend seltenen Erkrankungen wird eine gewisse Behandlungsroutine angenommen, wenn mindestens 100 Fälle mit einer Vaskulitis als Hauptdiagnose pro Jahr in dem Zentrum stationär behandelt werden.

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

2.10.1.5 Absatz 5: Anforderungen an kinderrheumatologische Zentren

Neben den Zentren, die auf die Behandlung von Erwachsenen mit rheumatologischen Erkrankungen spezialisiert sind, existiert eine kleine Zahl von kinderrheumatologischen Zentren, die isoliert für diese Patientengruppe besondere Aufgaben wahrnehmen.

Da die Kinderrheumatologie nur an wenigen Standorten als eine eigenständige Fachabteilung vorhanden ist, sollte eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum vorhanden sein. Diese pädiatrischen Fachabteilungen müssen so ausgestattet und ausgerichtet sein,

dass auch hier eine Versorgung durch Kinderärzte mit Expertise in verschiedenen Spezialgebieten (z.B. Kinderkardiologie, Kindernephrologie, Kinderpneumologie, Kindergastroenterologie) erfolgt.

Ein kinderrheumatologisches Zentrum mit nur einer Kinderrheumatologin bzw. einem Kinderrheumatologen kann den Qualitätsansprüchen nicht genügen. Es muss auch im Krankheits-/Urlaubs-/Vertretungsfall mindestens eine qualifizierte Kinderrheumatologin bzw. ein qualifizierter Kinderrheumatologe verfügbar sein. Daher müssen mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugendrheumatologie am Standort vorhanden sein.

Da es sich auch bei rheumatologischen Erkrankungen von Kindern- und Jugendlichen überwiegend um seltenen Erkrankungen handelt, wird eine gewisse Behandlungsroutine angenommen, wenn mindestens 100 Fälle als Hauptdiagnose pro Jahr in dem Zentrum stationär behandelt werden. Die Diagnoseliste und die Altersgrenze wurden aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V übernommen.

Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin regelt. Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung kommt es z. B. häufiger zu Therapieabbrüchen oder mangelnder Medikamenteneinnahme. Daher ist ein Transitionskonzept erforderlich, um einen koordinierten Übergang in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen. Es ist in jedem kinderrheumatologischen Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu implementieren, daher ist dieses Kriterium sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch § 2 Nummer 6).

2.10.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben rheumatologischer Zentren festgelegt. Ein rheumatologisches Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.

2.10.2.1 Nummer 1:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich.

Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.10.2.2 Nummer 2:

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

2.10.2.3 Nummer 3:

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

2.10.2.4 Nummer 4:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Rheumazentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Rheumazentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.10.2.5 Nummer 5:

Das spezialisierte Fachwissen der rheumatologischen Zentren muss jederzeit für die Mitglieder des Netzwerks verfügbar sein. Daher steht das Zentrum mit seiner besonderen fachlichen und diagnostischen Expertise als Ansprechpartner für weitere stationäre Leistungserbringer und nachbehandelnde Einrichtungen zur Verfügung. Die Einbeziehung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist möglich. Verschiedene diagnostische Leistungen (z. B. Bildgebung, Interpretation von spezialisierten Labor- und sonstigen Untersuchungen) können hierbei telemedizinisch erbracht werden. Sofern der Inhalt, der Aufwand und die Konstellation dieser Leistungserbringung über eine rein konsiliarische Leistung hinausgeht und nicht als solche vergütet wird, sind die Kriterien einer besonderen Aufgabe erfüllt. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).

2.10.2.6 Nummer 6:

Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin regelt. Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung kommt es z. B. häufiger zu Therapieabbrüchen oder mangelnder Medikamenteneinnahme. Daher ist ein Transitionskonzept erforderlich, um einen koordinierten Übergang zu ermöglichen. Es ist in jedem kinderrheumatologischen Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu implementieren.

2.11 Anlage 5 - Herzzentren

2.11.1 § 1 Qualitätsanforderungen

Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.

2.11.1.1 Absatz 1: Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen

Die Anforderungen des Absatzes 1 sind kumulativ zu erfüllen.

2.11.1.1.1 a)

Die Komplexität und Vielzahl von Herzerkrankungen sowie die rasant fortschreitenden therapeutischen Optionen erfordern die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kardiologie und Herzchirurgie. Der jederzeit mögliche fachliche Austausch sowie die Möglichkeit zur gemeinsamen Entwicklung von Behandlungsstrategien ermöglicht eine patientenindividuell optimale Therapie. Diese Anforderung stellt damit die Grundanforderung für ein herzmedizinisch-tätiges Krankenhaus dar. Um die herausragende Qualifikation der Herzzentren im Sinne dieser Regelung zu beschreiben, die besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahrnehmen, werden unter § 3 zusätzliche Kriterien definiert, um die Zentren herauszuheben, die besondere Expertise auf den Gebieten der Kinderherzversorgung oder Transplantationsmedizin haben und sich für die Wahrnehmung der besonderen Aufgaben qualifizieren.

2.11.1.1.2 b)

Um andere Kliniken bei der Behandlung schwerkranker kardiologischer Patienten effektiv zu unterstützen, ist eine umfassende Erfahrung in der Diagnostik und invasiven Therapie von Herzrhythmusstörungen erforderlich. Hierzu gehört u.a. die Möglichkeit zur Ablation von komplexen ventrikulären Tachykardien.³

2.11.1.1.3 c)

In Deutschland ist die Herzinsuffizienz eine der häufigsten zu einer Krankenhausaufnahme führenden Indikationen. Der Krankheitsverlauf ist gekennzeichnet durch rezidivierende Dekompensationen, die oftmals Krankenhausaufenthalte mit z.T. längeren stationären Behandlungsphasen nach sich ziehen. Eine besondere Herausforderung besteht daher darin, drohende Dekompensationen zu erkennen und frühzeitig die Therapie anzupassen. Darüber hinaus treten im fortgeschrittenen Stadium der Herzinsuffizienz Begleitsymptome und -erkrankungen auf, die eine schwere Belastung für die Patienten darstellen, z. B. systemische Entzündungen, dystrophe Veränderungen der Muskulatur, Depression und kognitive Störungen.⁴

³ Vgl. Ertl G., Angermann E., Bekerredjian R. et al. (2016). Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units“, HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Kardiologe 10:222–235. Online publiziert am 13.07.2016: https://leitlinien.dgk.org/files/2016_Empfehlung_DGTHG_DGK_Herzinsuffizienz_Netzwerke.pdf.

⁴ Ebd.

Das Herzzentrum muss eine Behandlungseinheit zu diesem wichtigen Krankheitskomplex vorhalten um entsprechende Beratungsleistungen für andere anbieten zu können.

Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Absatz 1 Buchstabe e kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung als überregionales HFU-Zentrum nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. Stand 13.07.2016⁵ entsprechen.

2.11.1.1.4 d)

Durchblutungsstörungen am Herzen sind ein besonders zeitkritisches, notfallrelevantes Krankheitsbild. Aufgabe einer Chest Pain Unit (CPU) ist es, einen akuten oder neu aufgetretenen unklaren Thoraxschmerz schnell und systematisch abzuklären. Das Herzzentrum muss über eine CPU verfügen, um Beratungsleistungen zu diesem Krankheitskomplex zeitnah mit entsprechender Erfahrung bereitzustellen. Die Anforderungen gemäß § 28 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sind einzuhalten. Sie basieren auf den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. für „Chest Pain Units“.⁶

2.11.1.1.5 e)

Das Herzzentrum deckt das gesamte Spektrum der Erkrankungen des Herzens ab. Die Anforderungen an die Durchführung der minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (MHI-RL) sind daher zu erfüllen. Zu den Anforderungen der Richtlinie gehören u.a. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Herzchirurgie und einer Fachabteilung für Innere Medizin und Kardiologie sowie die Vorhaltung eines Herzkatheterlabors mit Linksherzkathetermessplatz, eines herzchirurgischen Operationsaals (alternativ eines Hybrid-Operationssaals) und einer Herz-Lungen-Maschine. Die Erfüllung der Qualitätsstandards zur Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen am eigenen Krankenhausstandort ist eine zwingende Voraussetzung, um beratende Tätigkeiten für andere stationäre Leistungserbringer wahrzunehmen.

2.11.1.2 Absatz 2: Anforderungen an die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen

2.11.1.2.1 a)

Herzunterstützungssysteme werden eingesetzt, um die Wartezeit von Patienten bis zur Herztransplantation zu überbrücken oder in einigen Fällen auch als vorübergehende oder dauerhafte Unterstützung des Herzens. Die Implantation von Herzunterstützungssystemen nimmt laut Leistungsstatistik der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG-Leistungsstatistik) stetig zu. Während vor rund zehn Jahren noch weniger als 250

⁵ Ebd.

⁶ Post F., Giannitsis E., Darius H. et al. (2015). Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung für „Chest Pain Units“. Kardiologe 9:171–181. Online publiziert am 27. Februar 2015: http://leitlinien.dgk.org/files/2015_Kriterien_CPU_Update_2015.pdf.

ventrikuläre Unterstützungssysteme eingesetzt wurden, so wurde im Jahr 2017 mit 1.027 Implantationen ein Rekord erreicht.

Das Herzzentrum hat Erfahrung in der Implantation der verschiedenen Arten von Herzunterstützungssystemen. In Abhängigkeit von der zu unterstützenden Herzkammer wird ein linksventrikuläres (LVAD) oder sehr selten ein rechtsventrikuläres (RVAD) Unterstützungssystem implantiert. In wenigen Fällen wird eine biventrikuläre Unterstützung (BiVAD) beider Herzkammern erforderlich. Das Zentrum muss sowohl über Erfahrungen in diesen Behandlungsoptionen als auch über ein Angebot der Nachsorge (siehe Buchstabe b) verfügen, um ein entsprechendes Beratungskonzept zu Herzunterstützungssystemen für andere stationäre Leistungserbringer realisieren zu können.

2.11.1.2.2 b)

Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen oder Kunsterzen benötigen eine kontinuierliche und engmaschige Betreuung, die durch die Anbindung an das Zentrum sichergestellt wird. Ein Experte des Zentrums für die Nachsorge dieser Patienten ist jederzeit für Patientinnen und Patienten und andere stationäre Leistungserbringer erreichbar.

2.11.1.2.3 c)

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

Der oben beschriebene AV-ECMO Abholdienst wird bereits von einigen Ländern als Anforderung an ein Herzzentrum im Landeskrankenhausplan definiert (z.B. Landeskrankenhausplan des Landes Rheinland Pfalz 2019-2025).⁷

2.11.1.3 Absatz 3: Spezialisierung (mindestens eine)

Die herausragende Qualifikation der Herzzentren im Sinne dieser Regelung für die Wahrnehmung besonderer Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG besteht entweder in ihrer Kompetenz, Patientinnen und Patienten jeder Altersstufe versorgen zu können, oder darin über eine Transplantationseinheit für Herz- und Herz-Lungentransplantationen zu verfügen, die eine bedeutende Stellung in der deutschen Herztransplantationsmedizin einnimmt.

2.11.1.3.1 Nummer 1:

Noch vor wenigen Jahrzehnten sind die meisten Patientinnen und Patienten mit komplexen angeborenen Herzfehlern innerhalb der ersten Lebensjahre verstorben. Durch bedeutende Fortschritte in Operations- und Behandlungsmöglichkeiten konnte die Mortalität stark gesenkt werden, sodass mittlerweile mehr als 85% der Patientinnen und Patienten das Erwachsenenalter erreichen. Im Jahr 2005 lebten Schätzungen zufolge mehr als 120.000 Erwachsene mit angeborenem Herzfehler in Deutschland und diese Zahl steigt jährlich um ca. 5.000 weitere EMAH-Patienten, so dass heute von ca. 200.000 Patientinnen und Patienten auszugehen ist.

⁷ www.landtag.rlp.de/landtag/vorlagen/4159-V-17.pdf (Stand 26.07.2019)

Der überwiegende Teil dieser Patientinnen und Patienten ist chronisch herzkrank, teilweise verbunden mit lebensbedrohlichen Folgezuständen.⁸

EMAH-Patienten sind somit eine relativ neue, jedoch rasch anwachsende Patientengruppe, für die das Herzzentrum eine besondere, seltene Expertise vorhält. Wichtig ist dabei, dass das Herzzentrum sowohl eine Kinder- als auch eine Erwachsenenkardiologie vorhält (vgl. auch Absatz 1 Buchstabe a), um abgestimmte Therapieansätze zu verfolgen und eine reibungslose Transition dieser Patientengruppe von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen. Dies hat bereits in einigen Landeskrankenhausplänen Ausdruck gefunden. So müssen Krankenhäuser, die in Nordrhein-Westfalen als Herzzentrum ausgewiesen werden, über ein EMAH-Zentrum verfügen (vgl. Informationsblatt zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015).⁹

Die hier aufgeführten Kriterien basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und dem Kompetenznetz Angeborene Herzfehler.¹⁰ Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Absatz 3 kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung als EMAH-Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen in § 1 Absatz 3 entsprechen.

Neben der Versorgung von Erwachsenen muss das Herzzentrum auch für die herzchirurgische Versorgung von Kindern nachweisen, dass es die einschlägigen Qualitätsstandards erfüllt. Die Richtlinie legt Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der stationären Versorgung von Patienten mit angeborener oder in der Kindheit erworbener Herzkrankheit im Alter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei bestimmten herzchirurgischen Eingriffen fest. Die Erfüllung der Qualitätsstandards der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie am eigenen Krankenhausstandort ist eine zwingende Voraussetzung, um beratende Tätigkeiten für andere stationäre Leistungserbringer wahrzunehmen.

2.11.1.3.2 Nummer 2:

Die Herztransplantation stellt den Goldstandard für die Therapie der terminalen Herzinsuffizienz dar, sofern alle konservativen und chirurgischen Optionen ausgeschöpft sind. Bereits die Herztransplantation ist ein großer und risikoreicher Eingriff. Aber auch mit einer gelungenen

⁸ Kaemmerer H., Breithardt G. (2006). Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH). Clin Res Cardiol, Suppl 4, 95:76–84. Online publiziert am 05.04.2006: https://leitlinien.dgk.org/files/2006_Empfehlungen_Qualitaetsverbesserung_Versorgung_EMAH.pdf.

⁹ www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_nrw_anlage_informationsblatt_checklisten.pdf (Stand 26.07.2019)

¹⁰ Kaemmerer H., Breithardt G. (2006). Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH). Clin Res Cardiol, Suppl 4, 95:76–84. Online publiziert am 05.04.2006: https://leitlinien.dgk.org/files/2006_Empfehlungen_Qualitaetsverbesserung_Versorgung_EMAH.pdf.

Herztransplantation ist das Überleben der Patientinnen und Patienten noch längst nicht gesichert, da zahlreiche Komplikationen auftreten können, insbesondere akute Abstoßungen sowie Infektionen stellen ein großes Risiko dar.¹¹

Im Jahr 2018 wurden in Deutschland 318 Herztransplantationen durchgeführt, dabei gab es erhebliche Unterschiede bei den Fallzahlen zwischen den 20 Krankenhäusern mit aktiven Herztransplantationsprogrammen: so führte die Hälfte der Zentren weniger als 10 Transplantationen durch, davon sechs Krankenhäuser weniger als fünf dieser hochkomplexen Eingriffe.¹² Zur Verbesserung der Prozesse und Förderung der Netzwerkbildung und des fachlich-wissenschaftlichen Austausches soll es daher Herzzentren durch diese Regelung ermöglicht werden, auch für den Bereich der Herztransplantationen besondere Aufgaben wahrzunehmen.

Um die Herzzentren mit der notwendigen herausragenden Qualifikation zu bestimmen, wird als Anforderung die jährliche Durchführung von mindestens 20 Herz- oder Herz-Lungentransplantationen festgelegt.

Nachweise für einen engen Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Organtransplantationen und der Überlebensrate sowie der Funktion des Spenderorgans nach Transplantation liegen für den Bereich der Herztransplantationen bereits seit den 1990er Jahren vor.¹³ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zudem am 20. Juni 2019 die Einleitung eines Beratungsverfahrens zur Festlegung einer Mindestmenge für Herztransplantationen bei Erwachsenen beschlossen, so dass kein Zweifel an der grundsätzlichen Eignung einer Mindestfallzahl besteht. Die konkrete Höhe wird dabei auf 20 Transplantationen gesetzt, in den letzten Jahren erreichten durchschnittlich vier Krankenhäuser diese Fallzahl.

Diese Festsetzung stützt sich dabei auf verschiedene Untersuchungen¹⁴ und Aussagen im Stellungnahmeverfahren, die bestätigen, dass bei Krankenhäusern mit niedrigen Fallzahlen die Mortalität höher liegt. Dabei wird aufgrund der Zielsetzung dieser Regelungen eine deutlich höhere Mindestfallzahl gewählt, als sie zum Zwecke der Qualitätssicherung möglicherweise festgelegt würde. Das ist sachgerecht, da kein Krankenhaus durch diese Vorgabe von der Versorgung ausgeschlossen wird, sondern im Gegenteil auch Herzzentren ohne kinderchirurgische Kompetenz erfasst werden.

¹¹ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2019) Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz 3. Auflage

¹² DSO (2019): Berichte der Transplantationszentren nach §11 Abs. 5 TPG:

¹³ Hosenpud JD, Breen TJ, Edwards EB, Daily OP, Hunsicker LG (1994): The effect of transplant center volume on cardiac transplant outcome. A report of the United Network for Organ Sharing Scientific Registry. JAMA 15: 1844-49.

¹⁴ Exemplarisch: Nam, Karam/Jang, Eun Jin/Kim, Ga Hee/Lee, Hannah/Kim, Dal Ho und Ryu, Ho Geol (2019): Institutional Case-Volume and Mortality After Heart Transplantation. A Nationwide Retrospective Cohort Study between 2007 and 2016 in Korea. International Heart Journal 60 (3): 695-700.

Shuhaiber, Jeffrey H./Moore, Jeff und Dyke, David B. (2010): The effect of transplant center volume on survival after heart transplantation: A multicenter study. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 139 (4): 1064-1069.

2.11.1.4 Absatz 4: Forschungstätigkeit

Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Herzzentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher Überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) oder durch die Teilnahme an multizentrischen Studien nachgewiesen werden. Dabei muss es sich um multizentrische Studien mit Studienprotokoll handeln, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinatorin eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.

2.11.1.5 Absatz 5: Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Herzzentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch Aufgabe 4).

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Herzzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Herzzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.

2.11.1.6 Absatz 6: Mindestfallzahlen

Krankenhäuser, die eine Beratungsfunktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen wollen, müssen nachweisen, dass sie in der Behandlung dieser Erkrankungen über eine entsprechende Routine verfügen. Der G-BA hat die Mindestfallzahlen im Prozess unter Einbeziehung auch externen Sachverständs im Stellungnahmeverfahren intensiv beraten. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen danach medizinische Erfahrungssätze vor, welche auf einen Zusammenhang von Quantität und Qualität der Versorgung und für sachgerechte Ergebnisse bei den beschlossenen Mindestfallzahlen hinweisen. Darüber hinaus dient die Mindestfallzahl von 1.500 herzchirurgischen Eingriffen als Indikator für das überörtliche Einzugsgebiet der Fachabteilung oder des Zentrums und damit zum Nachweis seiner herausragenden Stellung in der Herzmedizin. Um die Mindestfallzahlen anhand von Routinedaten aufwandsarm überprüfen zu können, wurden in diesem Konzept die entsprechenden OPS-Komplexkode hinterlegt. Dabei wurden einige Kodes in den weiteren Stellen begrenzt, um sicher zu stellen, dass nur Eingriffe an herznahen Gefäßen gezählt werden.

Gleichwohl wird der G-BA die Auswirkungen der Regelungen beobachten und bei Erfordernis Anpassungen vornehmen.

2.11.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von Herzzentren festgelegt. Ein Herzzentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.

2.11.2.1 Nummer 1:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich.

Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.11.2.2 Nummer 2:

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

2.11.2.3 Nummer 3:

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

2.11.2.4 Nummer 4:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Herzzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Herzzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.11.2.5 Nummer 5:

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

2.11.2.6 Nummer 6:

Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein Register im Bereich der Herzmedizin bündelt die Daten zu Herzerkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.

2.12 Anlage 6 – Schlaganfallzentren / neurovaskuläre Zentren

2.12.1 § 1 Qualitätsanforderungen

Schlaganfallzentren bzw. neurovaskuläre Zentren sind in vielen Bundesländern ein essentieller Bestandteil für eine überregionale Versorgungsstruktur, in der alle Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen, auch seltenen Entitäten, interdisziplinär auf hohem Niveau versorgt werden können.

Derzeit wird die Festlegung von Qualitätsanforderungen nicht als erforderlich zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V angesehen. Denn ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fort. Weiterhin ist sichergestellt, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, weil das Zentrum vor dem 01.01.2020 - und damit vor Inkrafttreten dieser Regelungen - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein muss, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der neurovaskulären Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Zentren und Schwerpunkten als hinreichend gesichert anzusehen.

Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Schlaganfallzentren bzw. neurovaskulären Zentren.

2.12.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren) festgelegt. Ein Schlaganfallzentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.

2.12.2.1 Nummer 1:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.12.2.2 Nummer 2:

Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein neurovaskuläres Register bündelt die Daten zu neurovaskulären Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt.

2.12.2.3 Nummer 3:

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

2.12.2.4 Nummer 4:

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

2.12.2.5 Nummer 5:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung

des Schlaganfallzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Schlaganfallzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.12.2.6 Nummer 6:

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

2.12.2.7 Nummer 7:

Entsprechend der § 5 Absatz 7 der Zentrums-Regelungen soll eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen erfolgen. Dazu führt das Zentrum regelmäßig Informationsveranstaltungen durch, in denen es über seine speziellen Angebote bezüglich Diagnostik, Therapie und besonderen Aufgaben i.S. dieser Regelungen informiert, um die Multiplikator-Wirkung der Patientenorganisationen zu nutzen. Weiterhin sollten auch Betroffene durch diese Veranstaltungen medizinisch-fachliche Informationen zu den im Zentrum behandelten Krankheitsbildern und Behandlungsoptionen erhalten.

2.13 Anlage 7 - Lungenzentren

2.13.1 § 1 Qualitätsanforderungen

Schwerwiegende, chronische Lungenerkrankungen sind weit verbreitet und eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Bereits heute existieren in mehreren Bundesländern Netzwerke um spezialisierte Fachkliniken, die eine fachgerechte Behandlung und Betreuung nach modernsten Maßstäben und Wissen sicherstellen.

Derzeit wird die Festlegung von Qualitätsanforderungen nicht als erforderlich zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V angesehen. Denn ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fort. Weiterhin ist sichergestellt, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, weil das Zentrum vor dem 01.01.2020 - und damit vor Inkrafttreten dieser Regelungen - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein muss, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Lungenzentren als hinreichend gesichert anzusehen.

Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Lungenzentren.

2.13.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von Lungenzentren festgelegt. Ein Lungenzentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.

2.13.2.1 Nummer 1:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.13.2.2 Nummer 2:

Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein Register im Bereich der Pneumologie bündelt die Daten zu Lungenerkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.

2.13.2.3 Nummer 3:

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

2.13.2.4 Nummer 4:

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

2.13.2.5 Nummer 5:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Lungenzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Lungenzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.13.2.6 Nummer 6:

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

2.13.2.7 Nummer 7:

Entsprechend der § 5 Absatz 7 der Zentrums-Regelungen soll eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen erfolgen. Dazu führt das Zentrum regelmäßig Informationsveranstaltungen durch, in denen es über seine speziellen Angebote bezüglich Diagnostik, Therapie und besonderen Aufgaben i.S. dieser Regelungen informiert, um die Multiplikator-Wirkung der Patientenorganisationen zu nutzen. Weiterhin sollten auch Betroffene durch diese Veranstaltungen medizinisch-fachliche Informationen zu den im Zentrum behandelten Krankheitsbildern und Behandlungsoptionen erhalten.

2.14 Anlage 8 – Nephrologische Zentren

2.14.1 § 1 Qualitätsanforderungen

Die nephrologischen Schwerpunktkliniken und Zentren stellen bereits heute in vielen Bundesländern einen wichtigen und etablierten Teil der Versorgung von Nierenkranken sowie von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar.

Derzeit wird die Festlegung von Qualitätsanforderungen nicht als erforderlich zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V angesehen. Denn ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fort. Weiterhin ist sichergestellt, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, weil das Zentrum vor dem 01.01.2020 - und damit vor Inkrafttreten dieser Regelungen - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein muss, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Lungenzentren als hinreichend gesichert anzusehen.

Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von nephrologischen Zentren.

2.14.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von nephrologischen Zentren festgelegt. Ein nephrologisches Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.

2.14.2.1 Nummer 1:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.14.2.2 Nummer 2:

Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein nephrologisches Register bündelt die Daten zu Erkrankungen der Niere an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.

2.14.2.3 Nummer 3:

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

2.14.2.4 Nummer 4:

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

2.14.2.5 Nummer 5:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung

des nephrologischen Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das nephrologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.14.2.6 Nummer 6:

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

2.14.2.7 Nummer 7:

Entsprechend der § 5 Absatz 7 der Zentrums-Regelungen soll eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen erfolgen. Dazu führt das Zentrum regelmäßig Informationsveranstaltungen durch, in denen es über seine speziellen Angebote bezüglich Diagnostik, Therapie und besonderen Aufgaben i.S. dieser Regelungen informiert, um die Multiplikator-Wirkung der Patientenorganisationen zu nutzen. Weiterhin sollten auch Betroffene durch diese Veranstaltungen medizinisch-fachliche Informationen zu den im Zentrum behandelten Krankheitsbildern und Behandlungsoptionen erhalten.

2.15 Anlage 9 – Kinderonkologische Zentren

2.15.1 § 1 Qualitätsanforderungen

In Deutschland erkranken jährlich durchschnittlich 2.095 Kinder unter 18 Jahren an Krebs erkrankt. Die häufigsten Diagnosegruppen bei Kindern sind die Leukämien und Lymphome sowie die Tumoren des zentralen Nervensystems.¹⁵ Zwischen 1980 und 2014 haben sich die alters-standardisierten Sterberaten für Kinder unter 15 Jahren insbesondere aufgrund der Weiterentwicklung von Therapiemöglichkeiten in Deutschland fast halbiert.¹⁶ Für die Weiterentwicklung von Therapiestandards und Langzeitbetreuung von Kindern mit onkologischen Erkrankungen, ist die Bündelung besonderer Aufgaben in Kinderonkologischen Zentren erforderlich.

Derzeit wird die Festlegung von Qualitätsanforderungen nicht als erforderlich zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V angesehen. Denn ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fort. Weiterhin ist sichergestellt, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, weil das Zentrum vor dem 01.01.2020 - und damit vor Inkrafttreten dieser Regelungen - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein muss, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Kinderonkologischen Zentren als hinreichend gesichert anzusehen.

Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Kinderonkologischen Zentren.

¹⁵ Robert Koch-Institut (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krebs/Krebsgeschehen_RKI.pdf (Stand 13.08.2019).

¹⁶ Ebd.

2.15.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von Kinderonkologischen Zentren festgelegt. Ein Kinderonkologisches Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.

2.15.2.1 Nummer 1:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.15.2.2 Nummer 2:

Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein kinderonkologisches Register bündelt die Daten zu kinderonkologischen Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. Nicht zuschlagsfähig sind die klinischen Krebsregister gemäß § 65c SGB V, da diese bereits auf Basis anderer gesetzlicher Regelungen finanziert werden.

2.15.2.3 Nummer 3:

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

2.15.2.4 Nummer 4:

Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen

Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.

2.15.2.5 Nummer 5:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des kinderonkologischen Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Kinderonkologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.15.2.6 Nummer 6:

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

2.15.2.7 Nummer 7:

Entsprechend der § 5 Absatz 7 der Zentrums-Regelungen soll eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen erfolgen. Dazu führt das Zentrum regelmäßig Informationsveranstaltungen durch, in denen es über seine speziellen Angebote bezüglich Diagnostik, Therapie und besonderen Aufgaben i.S. dieser Regelungen informiert, um die Multiplikator-Wirkung der Patientenorganisationen zu nutzen. Weiterhin sollten auch Betroffene durch diese Veranstaltungen medizinisch-fachliche Informationen zu den im Zentrum behandelten Krankheitsbildern und Behandlungsoptionen erhalten.

2.16 Anlage 10 – Sonstige ausgewiesene Zentren

2.16.1 § 1 Qualitätsanforderungen

2.16.1.1 Absatz 1:

Aufgrund der gesetzlichen Frist, einen ersten Beschluss bis zum 31. Dezember 2019 zu treffen, musste die Reihenfolge der vom G-BA zu beratenden Zentren priorisiert werden. Dabei konnten aus Zeitgründen nur die besonderen Aufgaben und fachlich gebotenen Qualitätsanforderungen des größten Teils der in den Krankenhausplänen der Bundesländer aufgeführten Zentren beschlossen werden. Damit verbleiben einige, in der fachlichen Ausrichtung unterschiedliche Zentren, die bundesweit nur an wenigen Standorten besondere Aufgaben im Sinne des § 3 dieser Regelungen wahrnehmen.

Derzeit wird die Festlegung von Qualitätsanforderungen für diese Zentren nicht als erforderlich zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V angesehen. Denn ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fort. Weiterhin ist sichergestellt, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, weil das Zentrum vor dem 01.01.2020 - und damit vor Inkrafttreten dieser Regelungen - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein muss, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Zusätzlich müssen für den Vereinbarungszeitraum 2019 Zentrumszuschläge auf Basis des Regelungsgehalts des Schiedsspruchs der Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG vom 8. Dezember 2016 vereinbart worden sein. Dies gilt unabhängig von einem retrospektiven oder prospektiven Verhandlungsmodus. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Zentren und Schwerpunkten als hinreichend gesichert anzusehen.

Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2022 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren.

2.16.1.2 Absatz 2:

Diese Regelung soll sicherstellen, dass die besonderen Aufgaben nur von den Zentren erbracht werden, die auch die vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllen. Aufgrund der Heterogenität der bereits ausgewiesenen Zentren, die sich aus den Problemen bei der Anwendung des Schiedsspruchs ergibt, muss effektiv ausgeschlossen werden, dass identische Aufgaben von unterschiedlich qualifizierten Zentren erbracht werden. Daher gehen die bisher von subspezialisierten Zentren erbrachten besonderen Aufgaben über auf die durch den G-BA in den Anlagen 1 bis 9 beschriebenen Zentren.

So übernehmen beispielsweise die Onkologischen Zentren dieser Regelungen die bisher u.a. von Brustzentren erbrachten besonderen Aufgaben, die Traumazentren u.a. die besonderen Aufgaben der Zentren für Schwerbrandverletzte, die Herzzentren u.a. die der Kinderherzzentren usw.

2.16.2 § 2 Besondere Aufgaben

Hier werden die besonderen Aufgaben von Zentren festgelegt. Ein Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.

2.16.2.1 Nummer 1:

Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Eine Teilnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an diesen Beratungsgesprächen oder Fallkonferenzen ist möglich. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

2.16.2.2 Nummer 2:

Die Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein Register bündelt die Daten zu zentrumsspezifischen Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Da es sich hierbei um eine Übergangsregelung handelt, kann allein der Weiterbetrieb bestehender Register als besondere Aufgabe gelten gemacht werden. Idealerweise sollte die Auswahl der zu fördernden Register im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften erfolgen. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.

2.16.2.3 Nummer 3:

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

2.16.2.4 Nummer 4:

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

2.16.2.5 Nummer 5:

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen) hervorgehen, die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll.

Als ein wichtiges Instrument wird dabei die Erarbeitung von fachübergreifenden Behandlungskonzepten und Behandlungspfaden oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse angesehen. Sie werden vom Zentrum ausgearbeitet, bei Bedarf aktualisiert und durch den Kurzbericht der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Behandlungskonzepte und SOP sollten Bezug zu aktuellen Leitlinien haben und somit die in Leitlinienempfehlungen angebotenen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ umsetzen. Sie sollten rasch an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden können und praxisnah sein. Ihre wissenschaftliche Grundlage sollte soweit möglich auf systematischer Recherche und Analyse der Literatur beruhen.

Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.

2.16.2.6 Nummer 6:

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

2.16.2.7 Nummer 7:

Entsprechend der § 5 Absatz 7 der Zentrums-Regelungen soll eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen erfolgen. Dazu führt das Zentrum regelmäßig Informationsveranstaltungen durch, in denen es über seine speziellen Angebote bezüglich Diagnostik, Therapie und besonderen Aufgaben i.S. dieser Regelungen informiert, um die Multiplikator-Wirkung der Patientenorganisationen zu nutzen. Weiterhin sollten auch Betroffene durch diese Veranstaltungen medizinisch-fachliche Informationen zu den im Zentrum behandelten Krankheitsbildern und Behandlungsoptionen erhalten.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

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

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

Aufgrund der noch bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der Form und des Umfangs des zu erstellenden Berichts wird an dieser Stelle im Sinne einer vereinfachten, allgemein typisierten Abschätzung davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von einer Stunde je Bericht bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist. Damit entstehen hieraus jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 53,30 Euro je Zentrum.

Anlage	Zentren und Schwerpunkte	Anzahl der Zentren	Jährliche Bürokratiekosten in Euro
1	Zentren für seltene Erkrankungen	65	3.464,5 Euro
2	Onkologische Zentren	69	3.677,7 Euro
3	Traumazentren	61	3.251,3 Euro
4	Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie	34	1.812,2 Euro
5	Herzzentren	19	1.012,7 Euro
	gesamt	248	13.218,4 Euro

Unter Berücksichtigung einer Anzahl von 248 Zentren und Schwerpunkt-Einrichtungen entstehen hierdurch jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 13.218 Euro. Vor dem Hintergrund das sich die Anzahl der Zentren von Anlage 6 bis 10 aktuell noch nicht herleiten lässt, werden sich die Bürokratiekosten, die hinsichtlich der Kurzberichterstellung entstehen, mit Etablierung weiterer Zentren erhöhen.

Weiterhin wird die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse als Aufgabe des besonderen Qualitätsmanagements festgelegt. Da die Festlegung von Verantwortlichkeiten und einheitlichen Vorgehensweisen zu den etablierten und verpflichtend anzuwendenden Methoden und Instrumenten eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gehört, entstehen hier keine Bürokratiekosten. Falls SOP oder Konzepte angepasst bzw. erstellt werden sollten, die sich ausschließlich auf die Wahrnehmung der besonderen Aufgaben beziehen, so könnte damit ein zusätzlicher Aufwand einhergehen, der aber zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht quantifiziert werden kann.

Darüber hinaus ist als besondere Aufgabe in fast allen Anlagen beschrieben, dass nationale oder internationale Register zu führen sind, welche Daten je Krankheit oder Krankheitsgruppe bündeln und regelmäßig Datenauswertungen zur Verfügung stellen; ausgenommen davon ist Anlage 4 Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Führung von Registern mit zusätzlichem dokumentarischen Aufwand einhergeht; dieser kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht quantifiziert werden.

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
19.08.2019	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
19.08.2019	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten
25.10.2019	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
25.10.2019	UA BPL	<i>mündliche Anhörung</i>
25.11.2019	UA BPL	• Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)
05.12.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) – Erstfassung
XX.XX.XX		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.01.2020		Inkrafttreten

Berlin, den 5. Dezember 2019 und 20. November 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

5. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Das Stellungnahmeverfahren ist in folgenden Anlagen dokumentiert:

Anlage 1	Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V
Anlage 2	Tragende Gründe zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V
Anlage 3	Eingereichte Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen
Anlage 4	Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5, § 91 Absatz 5a und § 136c Absatz 5 SGB V
Anlage 5	stenografisches Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) – Erstfassung

§ 1 Rechtsgrundlage

GKV-SV/KBV/PatV	LV	DKG
(1) Diese Regelung konkretisiert auf der Grundlage von § 136c Absatz 5 SGB V die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) und bestimmt Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben.	(1) Diese Regelung regelt auf der Grundlage von § 136c Absatz 5 SGB V die Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) und legt, soweit erforderlich, die Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben fest. In diesem Rahmen ist die Einhaltung der	(1) Diese Regelung regelt auf der Grundlage von § 136c Absatz 5 SGB V die Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) und legt, soweit erforderlich, die Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben fest.

	Anforderungen dieser Regelungen zu prüfen.	
Sämtliche Regelungen für Zentren gelten auch für Schwerpunkte, soweit in den nachfolgenden Bestimmungen keine speziellen Regelungen getroffen werden.		Sämtliche Regelungen für Zentren gelten auch für Schwerpunkte, bis spezielle Regelungen für Schwerpunkte getroffen werden.

- (2) Die nachfolgenden Bestimmungen bilden gemäß § 5 Absatz 3 KHEntgG die Grundlage für die Vereinbarung der Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).
- (3) Die Vereinbarung der Zuschläge setzt nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG die Ausweisung und Festlegung einer besonderen Aufgabe im Sinne dieser Regelung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.

§ 2 Begriff des Zentrums und des Schwerpunkts

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelung wahrnehmen, die hierfür festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllen und für die eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist.	Zentren und Schwerpunkte im Sinne dieser Regelung sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, für die eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist und die eine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelung wahrnehmen.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
§ 3	
Besondere Aufgaben	Grundsätze der besonderen Aufgaben

- (1) Eine besondere Aufgabe kann sich nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V insbesondere ergeben aus
1. einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
 2. der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder
 3. der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
(2) Eine überörtliche und eine krankenhausübergreifende Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe a SGB V zeichnet sich aus durch eine zentrale Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern. Das Krankenhaus trägt insbesondere regelmäßig die Prozessverantwortung für die Kooperationen mit	(2) Eine überörtliche und eine krankenhausübergreifende Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe a SGB V zeichnet sich aus durch eine besondere Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern. Das Krankenhaus gestaltet die Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und organisiert zum

anderen Leistungserbringern und führt fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen durch.	Beispiel fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
(3) Voraussetzung dafür, dass sich die Wahrnehmung einer besonderen Aufgabe aus der Anforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe b SGB V ergibt, ist, dass aufgrund geringer Häufigkeit einer Erkrankung eine Anforderlichkeit der besonderen Vorhaltung vorliegt, zum Beispiel eine seltene personelle Fachexpertise vorgehalten wird und seltene spezialisierte Fortbildungsveranstaltungen organisiert werden.	(3) Die besonderen Aufgaben, die sich aus der Anforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe b SGB V ergeben setzen voraus, dass aufgrund geringer Häufigkeit einer Erkrankung oder der Besonderheit einer Erkrankung eine Anforderlichkeit der besonderen Vorhaltung vorliegt, zum Beispiel eine seltene personelle Fachexpertise vorgehalten wird und seltene spezialisierte Fortbildungsveranstaltungen organisiert werden.

GKV-SV/KBV/DKG/PatV
(4) Eine Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe c SGB V betrifft insbesondere den Betrieb außergewöhnlich kostenintensiver Großgeräte und die medizinische Kompetenz für außergewöhnlich kostenintensive und komplexe Behandlungsformen.

GKV-SV/PatV/KBV	LV	DKG
(5) Darüber hinaus kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die über die Behandlung der eigenen Patientinnen und Patienten hinausgeht, die der stationären Behandlung der Patientinnen oder Patienten aber mittelbar zugutekommt.	(5) Darüber hinaus kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die über die Behandlung der eigenen Patientinnen und Patienten hinausgeht, die der stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten aber mittelbar zugutekommt.	(5) Darüber hinaus kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die der stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten mittelbar zugutekommt. Sie können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.

GKV-SV/KBV/PatV	LV	DKG
(6) Die besonderen Aufgaben sind abschließend in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert.	(6) Die besonderen Aufgaben sind, soweit diese in den Anlagen dieser Regelung konkretisiert sind, abschließend aufgeführt. Unberührt davon bleibt die Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder.	(6) Die besonderen Aufgaben werden in den Anlagen mit Wirkung für die Ausweisung oder Festlegung durch die Landesbehörde und die Vereinbarung von Zuschlägen durch die Vertragsparteien auf der Ortsebene konkretisiert.

GKV-SV/PatV/KBV	LV	DKG
--	(7) Sofern die Länder bereits vor Inkrafttreten des G-BA Beschlusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136 c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) einem Zentrum besondere Aufgaben zugewiesen haben, sind die Vorgaben des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben vom	(7) Sofern die Länder bereits vor Inkrafttreten des G-BA Beschlusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) einem Zentrum besondere Aufgaben zugewiesen haben und Zentrumzuschläge vereinbart wurden, sind die Qualitätsanforderungen des G-BA vom

	Krankenhaus innerhalb von drei Jahren vollständig zu erfüllen.	Krankenhaus innerhalb von zwei Jahren vollständig zu erfüllen.
--	(8) Der G-BA wird fortwährend besondere Aufgaben weiterer Zentren konkretisieren und sich dabei an den bisher erfolgten Ausweisungen von Zentren und deren besonderen Aufgaben orientieren. Für alle nicht in den Anlagen I bis VII geregelten Arten von Zentren, die durch die Länder vor dem 1. Januar 2021 im Landeskrankenhausplan eines Bundeslandes aus-gewiesen worden sind, gelten übergangsweise die Qualitätsanforderungen der Länder, soweit im jeweiligen Land vorhanden, bis der G-BA Qualitätsanforderungen im Rahmen der Konkretisierung der besonderen Aufgaben dieser Art von Zentren beschlossen hat; dies gilt längstens bis zum 31. Dezember 2024.	

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
§ 4	
Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben	
(1) Keine besondere Aufgabe liegt vor, wenn sie bereits durch Entgelte nach dem KHEntgG, dem KHG oder dem SGB V vergütet wird. Ausgeschlossen sind Aufgaben insbesondere, wenn sie 1. bereits durch die Entgelte nach § 9 Absatz 1 Nummern 1 und 2 KHEntgG vergütet werden, 2. Gegenstand der Vereinbarungen zu klinischen Krebsregistern nach § 65c SGB V, 3. Teil eines Leistungsbereichs sind, der als besondere Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG zeitlich befristet vom DRG-Vergütungssystem ausgenommen wird, 4. nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 in Verbindung mit § 5 Absatz 3c KHEntgG finanziert werden oder 5. nach § 6 Absatz 2a KHEntgG finanziert werden.	

GKV-SV/KBV/PatV	LV	DKG
(2) Eine besondere Aufgabe besteht nicht bereits in der Erbringung einer Leistung nach aktuellem medizinischen Standard, auch wenn die Leistung von besonders hoher Qualität ist.	(2) Eine besondere Aufgabe besteht nicht alleine in der Erbringung einer Leistung nach aktuellem medizinischen Standard, auch wenn die Leistung von besonders hoher Qualität ist.	--

GKV-SV	KBV	DKG
(3) Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.	(3) Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach	(2) Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach

	Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen. Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.	Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
§ 5	
Qualitätsanforderungen	Grundsätze von Qualitätsanforderungen
(1) Voraussetzung für die Wahrnehmung einer besonderen Aufgabe im Sinne dieser Regelung ist die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, insbesondere der speziellen personellen, sächlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die einzelnen Zentren und Schwerpunkte in den Anlagen.	(1) Voraussetzung für die Wahrnehmung einer besonderen Aufgabe im Sinne dieser Regelung ist die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, sofern spezielle personelle, sächliche und organisatorische Voraussetzungen für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten in den Anlagen definiert sind.

GKV-SV/KBV	DKG
(2) Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt.	--

GKV-SV/PatV	KBV	DKG
(3) Eine Fachabteilung liegt vor, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: 1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses. 2. angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.		--
--	Belegärzte sind den Angestellten gleichgestellt, sofern Vereinbarungen mit dem Krankenhaus bestehen, die sicherstellen, dass die Sätze 1 und 2 auch durch die Belegärzte erfüllt werden.	--
3. Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und		--

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
4. die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart. In den Fällen, in denen kein geeigneter Fachabteilungsschlüssel auf der Zweistellerebene verfügbar ist, kann ausnahmsweise auf Fachabteilungsschlüssel auf der Vierstellerebene zurückgegriffen werden.	--

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
(4)	(2)
Die in der Regelung verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.	

GKV-SV/KBV	DKG
(5) Das Nähere zu Mindestfallzahlen ist in den Anlagen festgelegt. Für die Berechnung der Mindestfallzahl ist die Summe aller in der Anlage näher bezeichneten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die von dem Krankenhaus oder dem Teil des Krankenhauses stationär behandelt wurden, das die entsprechende besondere Aufgabe wahrnimmt.	(3) Das Nähere zu Mindestfallzahlen ist in den Anlagen festgelegt.

GKV-SV	KBV	PatV	DKG
(6) Der Zugang zum Krankenhaus muss barrierefrei sein, die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. In der Regel arbeitet das Krankenhaus kontinuierlich mit den Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen zusammen. Die Struktur des	(6) Der Zugang zum Krankenhaus muss barrierefrei sein, die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. In der Regel arbeitet das Krankenhaus kontinuierlich mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen zusammen. Darüber hinaus	(6) Zentren weisen nach, dass sie den barrierefreien Zugang bis hin zur Behandlungssituation für Menschen mit Einschränkungen in der Mobilität, des Hörens, des Sehens und der Verständlichkeit sowie bei psychischen Erkrankungen sicherstellen und ihre Mitarbeiterinnen und	(4) Der Zugang zum Krankenhaus und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. Barrierefreiheit ist anzustreben.

Zentrums und die Kooperation mit Patientenorganisationen sind gesamtheitlich darzustellen und im Internet zu veröffentlichen.	arbeitet das Krankenhaus bei der Wahrnehmung einer besonderen Aufgabe im Sinne dieser Regelung mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen zusammen. Das Nähere ist in den Anlagen geregelt.	Mitarbeiter zu den besonderen Belangen von Menschen mit Beeinträchtigungen schulen. Die Indikatoren dafür und eine verbindliche Ansprechperson(stelle) für Menschen mit Behinderung sind verpflichtend im Qualitätsbericht der zugelassenen Krankenhäuser nach § 136b Abs.1 Nr. 3 SGB V auszuweisen.	
GKV-SV/PatV	KBV		DKG
(7) Das Zentrum arbeitet verbindlich und strukturiert mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen und mit Selbsthilfe-Kontaktstellen auf der Grundlage schriftlicher Vereinbarungen zusammen. Das Zentrum benennt Selbsthilfebeauftragte. Auf Angebote der Selbsthilfe wird systematisch verwiesen. Auf diese Kooperation und die Partner weist das Zentrum in seinem Internetauftritt hin.	--		--

§ 6 Evaluation

Der G-BA führt fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung eine Evaluation durch und überprüft die Auswirkungen seiner Regelungen zu den besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

Anlage I – Seltene Erkrankungen

§ 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV/DKG/KBVPatV	
(1) Eine seltene Erkrankung im Sinne dieser Regelung ist definiert als eine Krankheit, die nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen betrifft.	

GKV-SV	DKG/KBV/PatV
(2) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen	(2) Die in dieser Anlage genannten Qualitätsanforderungen sind für die Wahrnehmung der besonderen Aufgaben durch Zentren und Schwerpunkte für seltene Erkrankungen zu erfüllen:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
1. Krankheitsübergreifende spezialisierte Versorgungsangebote für mehrere seltene Erkrankungen,	1. Zentrum oder Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für eine oder mehrere Seltenen Erkrankungen

GKV-SV/PatV	DKG
2. Das krankheitsübergreifende Referenzentrum (Typ A Zentrum) übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren), welche die nachfolgenden Mindestanforderungen erfüllen:	--

a. Vorhaltung des für die jeweilige seltene Erkrankung erforderlichen Teams gemäß Leitlinien oder Konsensuspapieren soweit vorhanden,	--
b. die Leiterin oder der Leiter des Fachzentrums ist mindestens 20 Wochenstunden für das Zentrum verfügbar, eine Stellvertretung ist gewährleistet,	2. Die Leiterin oder der Leiter des Fachzentrums ist mindestens 20 Wochenstunden für das Zentrum verfügbar, eine Stellvertreterregelung für Krankheit und Urlaub ist gewährleistet.
c. das Zentrum verfügt über eine Anlaufstelle zur Organisation des Erstkontaktes mit geregelten festen Sprechzeiten unter Nennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner,	3. Das Zentrum verfügt über eine Anlaufstelle zur Organisation von Erstkontakten mit geregelten Sprechzeiten und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern.
d. ein Terminplan mit Sprechstundenzeiten aus dem die Anzahl der Stunden pro Woche hervorgeht und eine Liste der festen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner liegt vor und ist einsehbar,	--

GKV-SV/PatV	DKG
e. mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Fachzentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),	--

GKV-SV/PatV	DKG
f. das Fachzentrum erhebt zu jeder/jedem am Zentrum versorgten Patientin oder Patienten mit einer oder mehreren seltenen Erkrankungen Daten, die es entweder über ihr Referenzzentrum oder direkt an ein anerkanntes nationales oder internationales krankheits-/krankheitsgruppenspezifisches Register meldet, soweit ein solches Register vorhanden ist,	4. Das Zentrum dokumentiert Forschungsdaten für am Zentrum versorgte Patientinnen oder Patienten in bestehenden krankheits- oder krankheitsgruppen-spezifischen Patientenregistern.

GKV-SV/PatV	DKG
g. das Zentrum wirkt an klinischen Studien (mit Studienprotokoll) zur entsprechenden Krankheit oder Krankheitsgruppe mit,	5. Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.
h. die Einbindung des integrierten Fachzentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert und	--
i. das Fachzentrum ist im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen (www.se-atlas.de/) registriert.	--

GKV-SV/PatV	DKG
3. Übernahme der koordinierenden Aufgaben für mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) anderer Krankenhäuser, die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert,	--

GKV-SV	PatV/KBV	DKG
--	4./2. Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) hält folgende SOPs vor	6.
--	a) SOP für standortübergreifende, interdisziplinäre Diagnosestellung b) SOP für Fallkonferenzen (intern, standortübergreifend, national oder international) zur interdisziplinären Diagnosestellung für Patientinnen und Patienten mit unklarer Diagnose (b.B. Bildaustausch, Telemedizinangebote) c) SOP für interdisziplinäre Indikationsstellung einer Exomsequenzierung unter der Beteiligung eines FA Humangenetik d) SOP zur Weiterleitung von Patientinnen und Patienten mit Bedarf an psychosomatischer Betreuung an entsprechende Fachabteilung e) SOP für Vermittlung einer Patientin oder eines Patienten an integriertes, standortübergreifendes oder internationales Fachzentrum f) SOP für Anbindung von Patientinnen und Patienten mit unklarer Diagnose an ERN g) SOP für Kooperation mit externen B-Zentren und anderen Gesundheitsdienstleistern	Standardisierte Vorgehensweise insbesondere für Patientinnen und Patienten mit unklarer Diagnose (inklusive interdisziplinärer Fallkonferenzen).

GKV-SV/KBV	DKG
4./3. Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik) am Standort des Zentrums,	--

GKV-SV/KBV	PatV	DKG
5./4.	5.	7.
Werktägliche (Montag - Freitag) Verfügbarkeit einer Lotsin oder eines Lotsen, die oder der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.	Das A Zentrum verfügt über eine parallele Struktur in der Pädiatrie und Erwachsenenmedizin mit einer SE-Lotsin oder einem SE-Lotsen, die oder der auch administrative Unterstützung erhält. Das Zentrum hat Zugang zu einem Institut oder Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik, und mindestens einer Medizininformatikerin oder einem Medizininformatiker im Krankenhaus. Diese sollten werktägliche (Montag - Freitag) verfügbar sein.	Einsatz einer ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsin oder eines ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsen oder Koordinatorin oder Koordinators zur Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
6./5. Regelmäßige Durchführung einer interdisziplinären Sprechstunde für nicht gesicherte Diagnosen,	--

GKV-SV	KBV	PatV	DKG
--	6. psychosoziale Betreuung von Patientinnen und Patienten anhand eines Konzepts, sofern	psychosoziale Betreuung von Patientinnen und Patienten anhand eines Konzepts,	8. Das Zentrum verfügt über ein Konzept zur psychosozialen Betreuung.

	vorhanden, gemäß den verfügbaren Leitlinien,		

GKV-SV/PatV/KBV	DKG
--	9. Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen.

GKV-SV	PatV	DKG
--	7. Das Zentrum muss die technischen und logistischen Möglichkeiten haben, telemedizinisch virtuelle interdisziplinäre Fallkonferenzen über verschiedene Standorte oder mit anderen Krankenhäusern oder anderen Versorgern durchzuführen, wobei Bilddaten und Befunde ausgetauscht werden können. Dies soll auch für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser möglich sein.	--

GKV-SV	PatV/KBV/LV	DKG
--	8./7. Koordination und Datenpflege von miteinander vernetzten Registern ggf. mit Biobanken, Vernetzung mit anderen Datensammlungen, sowohl national als international.	--

7./8./10. Verpflichtende Teilnahme an Maßnahmen der Kartierung der Versorgungslandschaft durch Registrierung im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen (www.se-atlas.de/),

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
(3) Forschungstätigkeit 1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren, sowie internationale Vernetzung mit anderen Experten- und Referenzzentren und 2. Mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren)	--

GKV-SV/KBV	DKG
--	11. Zugang zu einem Team für humangenetische Expertise mit einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin für Humangenetik entweder am Krankenhaus oder durch vertragliche Kooperation.

GKV-SV	PatV	DKG
(4) <u>Mindestfallzahlen</u> 1. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer,	12. Das Zentrum kodiert die Diagnosen mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer, sobald das DIMDI die Liste der Alpha-ID-SE fertig gestellt hat und diese in der Krankenhaussoftware eingepflegt wurde. Das Zentrum erstellt anschließend jedes Jahr ein Bericht in der die verschiedenen behandelten Diagnosen sowie die Patientenzahlen dargestellt werden.	--
2. Durchführung von mindestens 50 interdisziplinären Fallkonferenzen, auch		

telemedizinisch möglich, für Patientinnen Patienten anderer Krankenhäuser,		

GKV-SV/PatV/KBV	DKG
(5) <u>Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung</u> Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht, der die Ergebnisse des Zentrums für seltene Erkrankungen und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.	--

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

GKV-SV	
1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	

GKV-SV	KBV	PatV	DKG
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit einem	1. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen	1. Durchführung von einrichtungsinternen und externen Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte	1. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und

oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen.	Erkrankungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen	der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen, möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen	Behandlungsmöglichkeiten dienen

GKV-SV	
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.	
GKV-SV/ KBV/PatV	
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Zentrums für seltene Erkrankungen 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; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: – Darstellung des Zentrums für seltene Erkrankungen und seiner Netzwerkpartner, – Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser), – Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, – Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	

– Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Zentren für seltene Erkrankungen und – Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.	

GKV-SV	PatV	DKG
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.	2. Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser insbesondere mit anderen Mitgliedern des eigenen ERNs ebenso wie transversal mit anderen ERNs. Außerdem die Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten des jeweiligen A-Zentrums, wenn Ärztinnen oder Ärzte aus anderen B-Zentren, aus anderen Bereichen des Krankenhauses (nicht für die Seltenen) oder anderer Krankenhäuser beteiligt sind.	2. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

GKV-SV/KBV	DKG/PatV
6./2. Registererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für seltene Erkrankungen.	3. a) Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für die seltenen Erkrankungen, die im Zentrum betreut werden, unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen. b) Befüllen von nationalen oder internationalen interoperablen erkrankungs(gruppen)spezifischen/ Registern oder Datenbanken soweit vorhanden

GKV-SV	PatV	DKG
7. Vorhaltung eines Koordinators, der die Koordination zwischen den Fachzentren (B) innerhalb des Referenzzentrums (A) sowie außerhalb zu anderen Referenzzentren (A) und anderen Fachzentren (B) oder anderen Mitgliedern des Europäischen Referenznetzwerkes übernimmt sowie eines ärztlichen Lotsen, der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt	4. Vorhalten einer oder eines SE-Lotsin/SE-Lotsen, die/der auch administrativ unterstützt wird. Der SE-Lotse ist der erste Ansprechpartner für den Patienten und/oder Haus-/Kinder-/Facharzt. Er überprüft formell alle Unterlagen und fordert fehlende Unterlagen an. Er dokumentiert und koordiniert alle Schritte des Patientenpfades. Er übernimmt die Lotsenfunktion, um Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Diagnostik- oder Therapiebedarf an die richtige Stelle im System zu steuern (intern und an andere Einrichtungen bundesweit, ggf. europaweit). Der SE-Lotse ist vorzugsweise ein Arzt oder Ärztin.	4. Einsatz von ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsinnen oder Lotsen oder Koordinatorinnen oder Koordinatoren.

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
8./3./5. Bereitstellung einer webbasierten, öffentlich einsehbaren Informationsplattform, die einen bundesweiten Überblick über Versorgungsmöglichkeiten und Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit seltenen Erkrankungen bietet und eine regelmäßige Qualitätssicherung der Daten durchführt (Versorgungsatlas für Menschen mit seltenen Erkrankungen)	--

GKV-SV/PatV	DKG
9./6. Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter	--

Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.	

GKV-SV	KBV	DKG
--	4. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	5. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

GKV-SV	PatV	DKG
--	--	6. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.
--	7. Für die strukturierte Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden verbindliche Ansprechpersonen eingesetzt, die z.B. auf Angebote der Selbsthilfe hinweisen, gemeinsame Informationen zur Verfügung stellen, Veranstaltungen und Sprechstunden organisieren und eine Beteiligung an der Erarbeitung von Leitlinien ermöglicht.	7. Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen (z.B. Beratung und Weitergabe von Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörige, Einladungen zu Informationsveranstaltungen, Information über aktuelle Entwicklungen).

GKV-SV	PatV	DKG
--	--	8. Gesamtheitliche Darstellung und Veröffentlichung der Struktur des Zentrums (z.B. Internet).
--	--	9. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich zum Beispiel durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
--	--	10. Management eines Netzwerks von Krankenhäusern
--	--	11. Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)
--	--	12. Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse,

GKV-SV	PatV	DKG
--	8. Die ganzheitliche Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen stellt besondere Anforderungen an die bedarfsbezogene Beratung und Vermittlung von ergänzenden Therapien und Hilfsangeboten. Zuschlagsfähig ist die Vorhaltung von Personal mit einer spezifischen Qualifikation für die Wahrnehmung dieser Aufgabe.	13. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.
--	--	14. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner oder spezieller Qualitätssicherungsverfahren
--	--	15. Fachspezifische Qualifizierungsmaßnahmen für die Ausbildung besonders geschulten Personal zum Beispiel für den Einsatz als Lotsin oder als Lotsen.

GKV-SV	PatV	DKG
	9. Die Eingabe von Daten und Bildmaterial in Register, Datenbanken und Biobanken, das Vor- und Aufbereiten von Fallbesprechungen, Konsilien,	

	Veranstaltungen und Informationsmaterialien.	
	10. Erstellung, Überarbeitung und Dissemination von Informationen zu Seltenen Erkrankungen (Symptome, Behandlung, Krankheitsbewältigung etc.) Versorgungspfade sowie Leitlinien zu Seltenen Erkrankungen, Entwicklungen in der Versorgung möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen Die Informationen und Leitlinien werden dem Nationalen Gesundheitsportal zur Verfügung gestellt. Die Leitlinien werden außerdem auf der Plattform der AWMF veröffentlicht.	
--	11. Psychosoziale und sozialrechtliche Beratung für Patientinnen und Patienten. Jeder Patientin und jedem Patienten mit dem Verdacht auf oder mit einer bestätigten Diagnose einer Seltenen Erkrankung ist die Möglichkeit eines Gespräches ort- und zeitnah anzubieten, um die mit der Diagnose bzw. der Ungewissheit ohne Diagnose verbundenen möglichen psychosozialen Folgeprobleme, die etwaigen Einschränkungen der Lebensqualität sowie möglichen Problemen in der Diagnose- oder Krankheitsbewältigung frühzeitig zu erfassen und der Patientin oder dem Patienten bei Bedarf an andere Hilfsstrukturen zu übermitteln, damit eine	--

	psychosoziale Betreuung nachhaltig sicher gestellt ist.	
--	12. Die Durchführung von interdisziplinären Sprechstunden sowohl zur Diagnosefindung bzw. -bestätigung als auch zur Bestimmung der richtigen Therapie.	--

Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1)

GKV-SV/KBV/PatV	LV	DKG
a) Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.	a) Onkologisches Zentrum/Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für mindestens 3 Tumorentitäten (Organkrebszentren/Module) gemäß den im „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft beschriebenen Kriterien.¹	a) Das Zentrum/Schwerpunkt verfügt über ein überörtliches Einzugsgebiet (der Anteil der onkologischen Patientinnen und Patienten, die über 60 PKW-Minuten bis zum Krankenhaus zurücklegen, liegt bei 10 Prozent gemessen an der Summe der onkologischen Patientinnen und Patienten im Kalenderjahr). Oder Onkologisches Zentrum/Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für mindestens 3 Tumorentitäten (Organkrebszentren/Module) gemäß den im „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft beschriebenen Kriterien. Ausgenommen von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
b) 24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten oder Erbringung von mindestens 25 Fällen mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des onkologischen Zentrums (OPS-Kode 8-98e)	b) Palliativmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten am Zentrum/Schwerpunkt

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
c) Sofern kideronkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen.	c) Sofern kinderhämato-onkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen. Ausgenommen von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie.

GKV-SV KBV/PatV/LV	DKG
--	d) Die Struktur des Zentrums ist gesamtheitlich darzustellen und zu veröffentlichen(zum Beispiel Internet).

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
--	<u>(2) Besondere personelle und fachliche Anforderungen</u> Psychoonkologische Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Psychologen (Diplom/Master) oder Ärzte jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung.

GKV-SV/KBV/PatV/	DKG
<u>(2) Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung</u> Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.	<u>(3) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung</u> Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner oder spezieller Qualitätssicherungsverfahren.

GKV-SV (3) / DKG (4) Forschungstätigkeit

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und b) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa	a) Das Zentrum wirkt an krankheits oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.

GKV-SV (4) / DKG (5) Kooperationen

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.	Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Ebene.

GKV-SV (5) / DKG (6) Mindestfallzahlen

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst: • Darmkrebs, • Brustkrebs, • gynäkologische Krebsarten, • Hautkrebs, • Lungenkrebs, • Prostatakrebs. Die je Tumorentität mindestens zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen. Das Onkologische Zentrum erreicht einen Geltungsbereich von mindestens 50 % der neuauftretenden (inzidenten) Tumorerkrankungen (tumorspezifischer Geltungsbereich = Anteil der Neuerkrankungsfälle je Tumorentität gemessen an allen Krebsneuerkrankungsfällen in Deutschland). Der individuell von einem Onkologischen Zentrum erreichte Geltungsbereich (in %) wird berechnet, indem die tumorspezifischen Geltungsbereiche (Tabelle 1 Spalte D) für alle Tumorentitäten, für die das Zentrum die Mindestprimärfallzahl gemäß Tabelle 1 Spalte E erreicht, addiert werden.	Von den onkologischen Zentren sind im Kalenderjahr die Mindestprimärfälle/Mindestzentrumsfälle gemäß „Zertrechner Onkologisches Zentrum“ zu erbringen (Stand: 25.01.2019)

Tabelle 1

GKV-SV/KBV/PatV					DKG
A	B	C	D	E	--
Tumorentitäten	ICD	Krebs- neuerkrankungen	Geltungsbereich Anteil in %	Mindestprimärfälle pro Jahr	
Darm	C18- C20	59.051	14,54	50	
Pankreas	C25	17.127	4,22	25	
Magen	C16	15.432	3,80	30	
HCC	C22	9.083	2,24	30	
Speiseröhre	C15	6.924	1,71	20	
Sonstige gastrointestinale Tumoren (Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren, Dünndarm-Tumoren)	C17, C21, C23- C24	9.600	2,36	10	
Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere)	C73- C75	6.587	1,62	15	
Lymphom	C81- C85	17.811	4,39	30	
Leukämie	C91- C95	13.706	3,38	25	
Hämatologische Systemerkrankungen (Plasmocytom, u.a.)	C86- 88, C90, C96	8.282	2,04	15	
Mamma	C50	69.871	17,21	100	
Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl.	C51- C57	26.789	6,77	50	

BOT, Vulva, Vaginal Tumoren)						
Haut (Invasives malignes Melanom)	C43	21.230	5,23	40		
Prostata	C61	57.368	14,13	100		
Hoden, Penis	C60, C62	4.904	1,21	10		
Niere	C64	14.956	3,68	35		
Harnblase	C67	15.852	3,90	50		
Sarkome (inkl. GIST)	C40-C41, C45-C49	6.271	1,54	50		
Kopf-Hals-Tumoren (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf)	C00-C14, C30-C32	17.270	4,25	75		
Neuroonkologische Tumoren	C70-C72, C75	7.186	1,77	100		
GESAMT		406.018	100 %			
Lunge ¹	C34	53.762		200		
Kinderonkologie ²	Kinder unter 18 Jahren ICD C00-C97, ohne C44	2.111		30 Zentrumsfälle		

¹ Die Tumorentität Lunge fließt nicht in die Berechnung des Geltungsbereichs des Zentrums ein (Expertenkonsens, vergl. Zertrechner der Deutschen Krebsgesellschaft).

² Für die Kinderonkologie werden 30 Behandlungsfälle (nicht notwendigerweise Primärfälle) am Standort des Zentrums pro Jahr gefordert.

§ 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV/DKG	KBV/PatV/LV
Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

GKV-SV/PatV/LV	KBV	DKG
1. Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

GKV-SV/LV	KBV/PatV	DKG
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.		

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des onkologischen 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; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:	4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder. interner allgemeiner und spezieller Qualitätssicherungsverfahren.

- Darstellung des Onkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie bzw. der Fachärzte mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen oder Patienten anderer Krankenhäuser), - Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, - Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, - Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen onkologischen Zentren und - Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.	

GKV-SV	DKG
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind	5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
6. Tumorregistererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers, soweit diese Aufgabe über die Aufgaben nach § 65c SGB V hinausgeht.	6. Erstellung eines Registers.
--	7. Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde konkret zu benennenden Registers.

GKV-SV	DKG
7. Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)	8. Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote, psychoonkologische Leistungen).
8./9. Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.	

GKV-SV/PatV/LV	DKG
--	10. Fachspezifische Qualifizierungsmaßnahmen für die Ausbildung besonders geschulter onkologischer und palliativmedizinischer Fachpflegekräfte.

GKV-SV	DKG
--	11. Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern, zum Beispiel Schnittstellenmanagement (über die gesetzlichen Vorgaben hinaus gehendes Einweisungs- und Entlassmanagement,, Überleitungsmanagement), Einsatz von Brückenpflegepersonal und Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken.
--	12. Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse.
--	13. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.
--	14. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.
--	15. Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen (z.B. Beratung und Weitergabe von Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörigen, Einladungen zu Informationsveranstaltungen, Informationen über aktuelle Entwicklungen).
--	16. Einsatz von ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsinnen und Lotsen oder Koordinatorinnen und Koordinatoren.
--	17. Gesamtheitliche Darstellung und Veröffentlichung der Struktur des Zentrums (z.B. Internet).

Anlage III – Anforderungen an Traumazentren

§1 Qualitätsanforderungen

(1)

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<u>Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen</u>	<u>Strukturelle, besondere personelle und fachliche Anforderungen</u>
a) Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 ¹	a) Erfüllung der Anforderungen an ein regionales oder überregionales Traumazentrum entsprechend dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012.

GKV-SV/KBV	DKG
b) Die Struktur des Zentrums und die Kooperation mit Patientenorganisationen sind gesamtheitlich darzustellen und im Internet zu veröffentlichen.	b) Die Struktur des Zentrums ist gesamtheitlich darzustellen und zu veröffentlichen (z.B. Internet).

(2)

GKV-SV/PatV	DKG
Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung	Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung

¹ Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Projekt der „Initiative Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Berlin Stand Mai 2012, 2. erweiterte Auflage. Seite 17-18 und Seite 30 (Anhang 1).

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht, der die Ergebnisse des Traumazentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.	Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner oder spezieller Qualitätssicherungsverfahren.

(3) Forschungstätigkeit

GKV-SV/KBV/PatV	LV	DKG
a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und	a) Mitarbeit oder Initiierung von Leitlinien und Konsensuspapieren	Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.
b) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa		

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
(4) <u>Spezialisierung (mind. eine)</u>	--
1. Ausweisung als Verbrennungszentrum und Vorhaltung von ebenfalls durch die Landesbehörde zu bestimmenden Betten für Schwerbrandverletzte und Anmeldung bei der Zentralstelle für die Vermittlung von Krankenhausbetten für Schwerbrandverletzte (Feuerwehr Hamburg) oder	--

2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt: a. Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie innerhalb von 30 min am Standort des Zentrums verfügbar, b. nachweisbare Erfahrung in der Durchführung der folgenden chirurgischen Techniken: Revaskularisation, Replantation, Lappenchirurgie und Nervennaht und c. mindestens 240 handchirurgische Eingriffe pro Kalenderjahr am Standort des Zentrums, davon mindestens 60 mikrochirurgische Eingriffe mit mikrochirurgischer Nervennaht oder mikrochirurgischer Gefäßnaht. oder	--
3. regelhafte umfassende Behandlung von Querschnittverletzungen gemäß dem Konzept zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen (BAR-Konzept vom 01.07.2007²) ausgewiesen von der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e.V. (DGMP). oder	--
4. Vorhaltung eines kindertraumatologischen Referenzzentrums gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai	--

² https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Konzept_Querschnittgelaehmte.pdf

2012 ³ , das die Anforderungen des Moduls zur umfassenden Notfallversorgung für Kinder gem. § 25 Abs. 4 Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllt.	

GKV-SV	DKG
--	(4) <u>Kooperation</u>
--	a) Das Zentrum ist mit anderen Traumazentren im Traumanetzwerk organisiert
	b) Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen.

³ Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Projekt der „Initiative Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Berlin Stand Mai 2012. URL: https://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/5.Qualitaet_und_Sicherheit/PDF/20_07_2012_Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_Auflage2.pdf.

§ 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV/DKG	KBV/PatV
Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

GKV-SV/PatV	KBV	DKG
1. Interdisziplinäre traumatologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären traumatologischen Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene traumatologische Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sofern diese der	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der Informationsvermittlung über

Behandlungsstandards Behandlungsmöglichkeiten Traumaversorgung dienen.	in	und der	fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards Behandlungsmöglichkeiten dienen	und	Behandlungsstandards Behandlungsmöglichkeiten dienen
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer traumatologischer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von traumatologischen Behandlungsempfehlungen.					

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Traumazentrums 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; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: - Darstellung des Traumazentrums und seiner Netzwerkpartner - Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser) - Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung - Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,	4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner oder spezieller Qualitätssicherungsverfahren.

- Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Traumazentren und - Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.	

GKV-SV	
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.	5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
6. Führung und Auswertung eines Traumaregisters der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	
--	7. Erstellung eines Registers
--	8. Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde konkret zu benennenden Registers.

GKV-SV/PatV	KBV	DKG
7. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten: 24-stündige Verfügbarkeit intraoperativer Computertomografie mit Vorhaltung des entsprechenden fachradiologischen Bereitschaftsdienstes,	7. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten: a) 24-stündige Verfügbarkeit intraoperativer Computertomografie mit Vorhaltung des entsprechenden fachradiologischen Bereitschaftsdienstes, b) Kosten der ganzjährigen Vorhaltung von Verbrauchsmaterialien für die Versorgung von Großschadensereignissen.	9. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten (z.B. 24-stündige Verfügbarkeit intraoperativer Computertomografie mit Vorhaltung des entsprechenden fachradiologischen Bereitschaftsdienstes)
8. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten: Kosten der ganzjährigen Vorhaltung von Verbrauchsmaterialien für die Versorgung von Großschadensereignissen.		10. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	11. Ganzjährige Vorhaltung/Bereitstellung von Verbrauchsmaterialien für die Versorgung von Großschadensereignissen.
--	12. Durchführung von oder Teilnahme an interklinischen Fortbildungs- und Qualitätssicherungsveranstaltungen (Qualitätszirkel) im TraumaNetzwerk.
--	13. Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern, z.B. Schnittstellenmanagement (über die gesetzlichen Vorgaben hinaus gehendes Einweisungs- und Entlassmanagement, Überleitungsmanagement), Einsatz von Brückenpflegepersonal und Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken.
--	14. Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG/LV
--	15. Beteiligung an der Vorbereitung auf die Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten im Rahmen von Großschadensereignissen.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	16. Fachspezifische Maßnahmen zur Qualifizierung des ärztlichen Personals im Schockraummanagement (mindestens Advanced-Trauma-Life-Support Kurs Standard.)
--	17. Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen (z.B. Beratung und Weitergabe von Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörige, Einladungen zu Informationsveranstaltungen, Information über aktuelle Entwicklungen).
--	18. Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote).
--	19. Gesamtheitliche Darstellung und Veröffentlichung der Struktur des Zentrums (z.B. Internet).

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
Anlage IV – Anforderungen an Rheumatologische Zentren	Anlage IV – Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie

§ 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
(1) <u>Strukturelle Anforderungen</u>	(1) <u>Strukturelle Anforderungen Rheumatologie Erwachsene</u>

GKV-SV/PatV/KBV	DKG
a) organisatorisch eigenständige Fachabteilung für Rheumatologie am Standort des rheumatologischen Zentrums b) zusätzlich drei von sechs der folgenden Fachabteilungen am Standort: Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie c) 24-stündige Aufnahmebereitschaft für akut rheumatologische Fälle	a) Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises im Zentrum b) Mitbehandlungsmöglichkeit durch weitere Bereiche (z.B. Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie) ist vor Ort oder durch Kooperationen gewährleistet

PatV	DKG
(1a) Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie: a) Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort b) Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Rheumatologie am Standort c) Transitionsprogramm d) Psychosozialer Dienst mit Expertise für Kinder und Jugendliche e) Physiotherapie mit Aus- oder Weiterbildung Pädiatrie Schule für Kranke bzw. geregeltes Angebot für Beschulung während des stationären Aufenthaltes	c) Sofern Kinder und Jugendliche (unter 16 Jahre) im Zentrum versorgt werden Vorhaltung von: - Transitionsprogramm - Psychosozialen Dienst

(2) Forschungstätigkeit

GKV/PatV	DKG
a) Beteiligung an einem fachspezifischen Register,	Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.
b) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und	--
c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa oder rheumatologischer Grundlagenforschung	==

(3) Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung

GKV-SV/PatV/KBV	DKG
Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.	Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner oder spezieller Qualitätssicherungsverfahren.

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
(4) <u>Mindestfallzahlen</u>	(4) <u>Mindestfallzahlen Rheumatologie Erwachsene</u>

GKV/PatV	DKG
Stationäre Betreuung von mehr als 500 Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße jährlich als Hauptdiagnose oder Stationäre Betreuung von jährlich mindestens 100 Patientinnen und Patienten mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose: - M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung - M31.3 Wegener-Granulomatose. - M31.4 Aortenbogen-Syndrom (Takayasu-Syndrom) - M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica - M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis - M31.7 Mikroskopische Polyangiitis - M32.- Systemischer Lupus erythematoses - M32.1 Systemischer Lupus erythematoses mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen - M32.8 Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematoses - M33.1 Sonstige Dermatomyositis	Stationäre Versorgung von mehr als 250 Fällen mit Diagnosen/Verdachtsdiagnosen aus dem rheumatischen Formenkreis: oder Stationäre Versorgung von jährlich mindestens 100 Fällen mit einer Diagnose aus folgender Liste - D68.6 Sonstige Thrombophilien - D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koa gulopathien - D69.0 Purpura anaphylactoides - D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-* - D89.1 Kryoglobulinämie - E85.0 Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose - H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet - I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung - I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet - M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†) - M02.1- Postenteritische Arthritis - M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet - M05.- Seropositive chronische Polyarthritis - M06.0- Seronegative chronische Polyarthritis

- M 33.2 Polymyositis - M34.- Systemische Sklerose, Sklerodermie - M34.0 Progressive Systemische Sklerose - M34.1 CR(E)ST-Syndrom - M34.8 Sonstige Formen der systemischen Sklerose - M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome.	- M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit - M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†) - M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†) - M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†) - M08.- Juvenile Arthritis - M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten - M13.- Sonstige Arthritis - M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8 - M15.- Polyarthrose - M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände - M31.3 Wegener-Granulomatose - M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] - M31.5 Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica - M31.6 Sonstige Riesenzellarteriitis - M31.7 Mikroskopische Polyangiitis - M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien - M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet - M32.- Systemischer Lupus erythematoses - M33.0 Juvenile Dermatomyositis - M33.1 Sonstige Dermatomyositis - M33.2 Polymyositis - M34.- Systemische Sklerose - M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] - M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome - M35.2 Behçet-Krankheit - M35.3 Polymyalgia rheumatica - M35.4 Eosinophile Fasziitis - M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

	- M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet - M36.0* Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†) - M45.0- Spondylitis ankylosans - M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet - M79.70 Fibromyalgie - M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

GKV-SV	PatV	DKG
(5) Anforderungen an kinderrheumatologische Zentren Die Anforderungen der Absätze 1 und 4 sind nicht anzuwenden, sofern die folgenden Anforderungen erfüllt sind: a) Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort, b) stationäre Betreuung von jährlich mindestens 100 Patientinnen und Patienten mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren: - D68.6 Sonstige Thrombophilien - D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien - D69.0 Purpura anaphylactoides - D86.0 Sarkoidose der Lunge - D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten - D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten - D86.3 Sarkoidose der Haut - D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	(4a) Mindestfallzahlen Kinderreumatologie Stationäre Betreuung von jährlich mindestens 200 Patientinnen und Patienten mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren: - D68.6 Sonstige Thrombophilien - D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien - D69.0 Purpura anaphylactoides - D86.0 Sarkoidose der Lunge - D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten - D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten - D86.3 Sarkoidose der Haut - D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen - E85.0 Nichtneuropathische hereditofamiliäre Amyloidose - H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet - I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung - I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet - L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme - M01.2-*Arthritis bei Lyme-Krankheit - M02.1- Postenteritische Arthritis	Die Anforderungen der Absätze 1a, 1b und 4 sind nicht anzuwenden, sofern die folgenden Anforderungen erfüllt sind: a) Kinder- und Jugendmedizin im Zentrum b) stationäre Betreuung von jährlich mindestens 50 Fällen (Alter unter 18 Jahre) mit einer Diagnose aus folgender Liste: - D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien - D69.0 Purpura anaphylactoides - D86.0 Sarkoidose der Lunge - D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten - D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten - D86.3 Sarkoidose der Haut - D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen in Verbindung mit M14.8-* - E85.0 Nichtneuropathische hereditofamiliäre Amyloidose - H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet - I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung - I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet

- E85.0 Nichtneuropathische hereditofamiliäre Amyloidose - H20.9 Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet - I00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung - I77.6 Arteriitis, nicht näher bezeichnet - L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme - M01.2-*Arthritis bei Lyme-Krankheit - M02.1- Postenteritische Arthritis - M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet - M05.- Seropositive chronische Polyarthrititis - M06.0- Seronegative chronische Polyarthrititis - M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit - M07.1-* Arthritis mutilans - M07.2* Spondylitis psoriatica - M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†) - M08.- Juvenile Arthritis - M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten - M13.- Sonstige Arthritis	- M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet - M05.- Seropositive chronische Polyarthrititis - M06.0- Seronegative chronische Polyarthrititis - M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit - M07.1-* Arthritis mutilans - M07.2* Spondylitis psoriatica - M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†) - M08.- Juvenile Arthritis - M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten - M13.- Sonstige Arthritis - M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8 - M30.0 Panarteriitis nodosa - M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung - M30.2 Juvenile Panarteriitis - M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit] - M31.3 Wegener-Granulomatose - M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] - M31.7 Mikroskopische Polyangiitis - M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien - M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	- L50.2 Urtikaria durch Kälte oder Wärme - M01.2-* Arthritis bei Lyme-Krankheit (A69.2†) - M02.1- Postenteritische Arthritis - M02.9- Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet - M05.- Seropositive chronische Polyarthrititis - M06.0- Seronegative chronische Polyarthrititis - M06.1- Adulte Form der Still-Krankheit - M07.1-* Arthritis mutilans (L40.5†) - M07.2* Spondylitis psoriatica (L40.5†) - M07.3-* Sonstige psoriatische Arthritiden (L40.5†) - M08.- Juvenile Arthritis - M09.-* Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten - M13.- Sonstige Arthritis - M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten in Verbindung mit D86.8 - M30.0 Panarteriitis nodosa - M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung - M30.2 Juvenile Panarteriitis - M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit] - M31.3 Wegener-Granulomatose - M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] - M31.7 Mikroskopische Polyangiitis

- M14.8-* Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten i.V.m. D86.8 - M30.0 Panarteriitis nodosa - M30.1 Panarteriitis mit Lungenbeteiligung - M30.2 Juvenile Panarteriitis - M30.3 Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit] - M31.3 Wegener-Granulomatose - M31.4 Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] - M31.7 Mikroskopische Polyangiitis - M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien - M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet - M32.- Systemischer Lupus erythematoses - M33.0 Juvenile Dermatomyositis - M33.1 Sonstige Dermatomyositis - M33.2 Polymyositis - M34.- Systemische Sklerose - M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] - M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome - M35.2 Behçet-Krankheit - M35.4 Eosinophile Fasziitis	- M32.- Systemischer Lupus erythematoses - M33.0 Juvenile Dermatomyositis - M33.1 Sonstige Dermatomyositis - M33.2 Polymyositis - M34.- Systemische Sklerose - M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] - M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome - M35.2 Behçet-Krankheit - M35.4 Eosinophile Fasziitis - M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes - M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet - M45.0- Spondylitis ankylosans - M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet - M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis und	- M31.8 Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien - M31.9 Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet - M32.- Systemischer Lupus erythematoses - M33.0 Juvenile Dermatomyositis - M33.1 Sonstige Dermatomyositis - M33.2 Polymyositis - M34.- Systemische Sklerose - M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] - M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome - M35.2 Behçet-Krankheit - M35.4 Eosinophile Fasziitis - M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes - M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet - M45.0- Spondylitis ankylosans - M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet - M79.70 Fibromyalgie - M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis

- M35.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes - M35.9 Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet - M45.0- Spondylitis ankylosans - M46.9- Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet - M86.3- Chronische multifokale Osteomyelitis und c) Vorhaltung eines Transitionskonzeptes.		

§ 2 Besondere Aufgaben

GKV/DKG	KBV
Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

GKV	KBV/PatV	DKG
1. Interdisziplinäre rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von „Rheuma Boards“, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, oder Durchführung von („Rheuma Boards“), Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

GKV-SV/PatV	KBV	DKG
		2. Erstellung eines Registers
		3. Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde zu benennenden Registers
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Rheumatologie dienen.	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen	4. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.		5. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich z.B. durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise z. B. in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen
	3./6. Erarbeitung rheumatologischer Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse in der Rheumatologie.	
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines		

Zyklus, der die Ergebnisse des rheumatologischen 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; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: – Darstellung des rheumatologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner, – Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Rheumatologie sowie der Fachärztinnen und Fachärzte aus den Bereichen Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie (soweit die entsprechenden Fachabteilungen gemäß § 1 Absatz 1 Buchstabe b vorhanden sind), – Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufga-		7. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner und spezieller Qualitätssicherungsverfahren.

ben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser), – Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, – Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, – Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen rheumatologischen Zentren und – Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.		
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.	--	8. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

GKV-SV	KBV	DKG
6. Sofern die Anforderungen an ein kinderrheumatologisches Zentrum gemäß § 1 Absatz 5 erfüllt sind: Implementierung eines Transitionskonzeptes zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.	--0	--
		9. Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern, z.B. Schnittstellenmanagement (über die gesetzlichen Vorgaben hinaus gehendes Einweisungs- und Entlassmanagement, Überleitungsmanagement), Einsatz von Brückenpflegepersonal und Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken.
		10. Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote).
		11. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.

		12. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.
		13. Angebot und Koordination von Frühdiagnosesprechstunden.
		14. Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen (z.B. Beratung und Weitergabe von Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörige, Einladung zu Informationsveranstaltungen, Informationen über aktuelle Entwicklungen).
		15. Gesamtheitliche Darstellung und Veröffentlichung der Struktur des Zentrums (z.B. Internet).

Anlage V – Anforderungen an Herzzentren

§1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
(1) <u>Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen</u>	(1) <u>Allgemeine strukturelle, besondere personelle und fachliche Anforderungen</u>
a) Vorhaltung der Fachabteilungen Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie, Kardiologie und Kinderkardiologie,	a) Herzchirurgie und Kardiologie im Klinikum

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
b) Vorhaltung eines Elektrophysiologielabors und eines OP für Schrittmacher-/ICD-Implantationen mit einem Mappingsystem zur Lokalisationsdiagnostik und der Möglichkeit zur Ablation von komplexen ventrikulären Tachykardien,	b) Vorhaltung von: - konventionellem und Hybrid-OP - Herzkathetermessplatz - Herz-Lungen-Maschine, - und Temporärer Herzunterstützung.

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
c) Vorhaltung einer überregionalen Heart Failure Unit (HFU) gemäß den gemeinsamen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und	

Gefäßchirurgie e.V. (Stand 13.07.2016) ¹ unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kardiologie und Intensivmedizin oder Herzchirurgie und Intensivmedizin bzw. interdisziplinäre Leitung durch eine Kardiologin oder einen Kardiologen und einer Herzchirurgin oder einen Herzchirurgen (jeweils mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin),	

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
d) Vorhaltung einer Chest Pain Unit unter Leitung einer Kardiologin oder eines Kardiologen gemäß § 28 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Beschluss), e) die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (MHI-RL) sind zu erfüllen,	--

¹ Ertl G., Angermann E., Bekerredjian R. et al. (2016). Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units“, HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Kardiologie 10:222–235. Online publiziert am 13.07.2016: https://leitlinien.dgk.org/files/2016_Empfehlung_DGTHG_DGK_Herzinsuffizienz_Netzwerke.pdf.

GKV-SV/KBV	DKG
f) die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL) sind zu erfüllen.	c) Sofern Kinder und Jugendliche im Zentrum versorgt werden sind die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL) zu erfüllen und eine Intensivstation mit der Möglichkeit einer altersgerechten intensivmedizinischen Betreuung vorzuhalten.
	d) Einrichtung eines Zentrums für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler (EMAH-Zentrums).

GKV-SV/KBV/PatV (LV)	DKG
<u>(2) Anforderungen an die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen:</u>	--

GKV-SV/KBV/LV/PatV	DKG
a) Möglichkeit zur Assist-Device-Implantation (Left ventricular assist device - LVAD, right ventricular assist device - RVAD und biventricular assist device - BiVAD) und Vorhaltung einer Transplantationseinheit für Herz- und Herz-Lungentransplantationen, b) Expertise in der Implantation und Nachsorge von Herzunterstützungssystemen und Kunstherzen (total artificial heart - TAH), Vorhaltung von Ventricular-Assist-Device-Koordinatoren mit Expertise in der Nachsorge mit 24/7-	--

Rufbereitschaft für Patientinnen und Patienten und andere stationäre Leistungserbringer und c) 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit arteriovenöser extrakorporaler Membranoxygenierung (AV-ECMO) für Patientinnen und Patienten im kardiogenem Schock, 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 AV-ECMO-Systemen.	

GKV-SV/KBV/LV	DKG
(3) <u>Vorhaltung eines überregionalen Zentrums für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten), das die folgenden Anforderungen erfüllt:</u> a) Für die Behandlung angeborener Herzfehler steht eine Kardiologin oder ein Kardiologe mit spezieller Erfahrung in der Betreuung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten) zur Verfügung und b) Eine Kinderkardiologin oder ein Kinderkardiologe mit der Zusatzqualifikation EMAH-Kardiologie ist jederzeit verfügbar.	--

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
(4) <u>Forschungstätigkeit</u> a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und	(2) <u>Forschungstätigkeit</u>

b) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa	Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
(5) <u>Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung</u> Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt.	(3) <u>Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung</u> Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner oder spezieller Qualitätssicherungsverfahren.

GKV-SV	DKG
(6) <u>Mindestfallzahlen</u> a) Jährlich mindestens 50 vollstationäre Fälle mit operativem Eingriff unter Anwendung einer Herz-Lungen-Maschine (OPS-Kode 8-851 Operativer äußerer Kreislauf bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine) und b) jährliche Durchführung von mindestens 2.000 herzchirurgischen Eingriffe gemäß DGTHG-Statistik (aortokoronare Bypass-Operationen mit und ohne HLM, isolierte oder kombinierte Herzklappenoperationen, Chirurgie angeborener Herzfehler, Assistdevices) (Fälle mit OPS-Kode 5-35, 5-36, 5-37).	(4) <u>Mindestfallzahlen</u> a) jährlich mindestens 30 vollstationäre Fälle mit operativem Eingriff unter Anwendung einer Herz-Lungen-Maschine (OPS-Kode 8-851 Operativer äußerer Kreislauf bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine), oder b) jährliche Durchführung von mindestens 1000 herzchirurgischen Eingriffen gemäß DGTHG-Statistik (aortokoronare Bypass-Operationen mit und ohne HLM, isolierte oder kombinierte Herzklappenoperationen, Chirurgie angeborener Herzfehler, Assistdevices) (Fälle mit OPS-Kode 5-35, 5-36, 5-37)

§ 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV/DKG	KBV
Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

GKV-SV	KBV	DKG
1. Interdisziplinäre kardiologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Kardioboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten und Patientinnen und Patienten anderer Leistungserbringer, Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Kardioboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenlos)	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen für

(kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Herzmedizin dienen.	Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen	medizinisches Fachpersonal (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.	--	3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise z.B. in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen
	--	4. Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse.
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Herzzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung	--	5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner und spezieller Qualitätssicherungsverfahren.

(insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: - Darstellung des Herzzentrums und seiner Netzwerkpartner, - Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie, Kardiologie und Kinderkardiologie, - Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser), - Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, - Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, - Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Herzzentren und		

- Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.		
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.	--	6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
6. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote am Standort des Zentrums: 24/7-Vorhaltung eines ECLS-Transportdienstes mit veno-arterieller extrakorporaler Membranoxygenierung (VA-ECMO) für die notfallmäßige externe Versorgung von Patientinnen und Patienten im kardiogenen Schock und anschließendem Transport in das Herzzentrum,	--	7. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.
7. Technische und personelle Vorhaltung für die Nachüberwachung und –betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen.		

GKV-SV	KBV	DKG
--	--	8. Erstellen eines Registers.
--	--	9. Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde zu benennenden Registers.
--	--	10. Einsatz von ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsinnen und Lotsen oder Koordinatorinnen und Koordinatoren.
--	--	11. Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern, z.B. Schnittstellenmanagement (über die gesetzlichen Vorgaben hinaus gehendes Einweisungs- und Entlassmanagement Überleitungsmanagement), Einsatz von Brückenpflegepersonal und Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken.
--	--	12. Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)
--	--	13. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen

		Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.
--	--	14. Angebot und Koordination von Frühdiagnosesprechstunden.
--	--	15. Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen (z.B. Beratung und Weitergabe von Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörige, Einladungen zu Informationsveranstaltungen, Informationen über aktuelle Entwicklungen).
		16. Gesamtheitliche Darstellung und Veröffentlichung der Struktur des Zentrums (z.B. Internet).

Anlage VI - Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren)**§ 1 Qualitätsanforderungen**

UPV	GKV-SV	DKG
Ist die Ausweisung als neurovaskuläres Zentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2019 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem das neurovaskuläre Zentrum ausgewiesen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prüft bis zum 31. Dezember 2020 die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von interdisziplinären neurovaskulären Zentren.	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von interdisziplinären neurovaskulären Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das neurovaskuläre Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als neurovaskuläres Zentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 erfolgt sein.	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von interdisziplinären neurovaskulären Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen der Länder, soweit im jeweiligen Land vorhanden. Die Ausweisung als neurovaskuläres Zentrum muss vor dem 01.01.2021 erfolgt sein.

§ 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:
UPV/GKV-SV		DKG
1. Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung oder im Rahmen		1. Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenzen mit Fällen auch für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien,

der verschiedenen Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalles abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen
2. Neurovaskuläres Register: die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers.	2. Neurovaskuläres Register: die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers.
3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Schlaganfallversorgung dienen.	3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Schlaganfallversorgung dienen.
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.	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. 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); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: 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,	5. 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); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: a. Darstellung des neurovaskulären Zentrums und seiner Netzwerkpartner, b. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie,

e. Anzahl/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.	Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Neuroradiologie, c. Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen mit Fällen auch für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser), d. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, e. Anzahl/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, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.	6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
	7. Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse

	8. Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern, zum Beispiel Schnittstellenmanagement (über die gesetzlichen Vorgaben hinaus gehendes Einweisungs- und Entlassmanagement, Überleitungsmanagement), Einsatz von Brückenpflegepersonal und Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken.

VII - Lungenzentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

UPV	GKV-SV	DKG
Ist die Ausweisung als Lungenzentrum im Landeskrankenhausplan vor dem 1. Januar 2019 erfolgt, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem das Lungenzentrum ausgewiesen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prüft bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Lungenzentren.	Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Lungenzentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das Lungenzentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als Lungenzentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein.	Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Lungenzentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen der Länder, soweit im jeweiligen Land vorhanden. Die Ausweisung als Lungenzentrum muss vor dem 01.01.2021 erfolgt sein.

§ 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:
UPV/GKV-SV		DKG
1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.		1. In Interdisziplinäre Fallkonferenzen mit Fällen auch für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung

	von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Lungenregister: die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers.	2. Lungenregister: die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers.
3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Pneumologie dienen.	3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.
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.	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. 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); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: 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),	5. 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); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: h. Darstellung des Lungenzentrums und seiner Netzwerkpartner,

d. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, e. Anzahl/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.		i. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, j. Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen mit Fällen auch für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser), k. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, l. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, m. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Lungenzentren und n. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.
6. Erbringung zentrumspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.		6. Erbringung zentrumspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind..
		7. Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse

		8. Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern, zum Beispiel Schnittstellenmanagement (über die gesetzlichen Vorgaben hinaus gehendes Einweisungs- und Entlassmanagement, Überleitungsmanagement), Einsatz von Brückenpflegepersonal und Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken.

Anlage XIII- Sonstige ausgewiesene Zentren**§ 1 Qualitätsanforderungen**

UPV	DKG	GKV-SV
(1) Für alle nicht in den Anlagen I bis VII geregelten Arten von Zentren, die vor dem 1. Januar 2019 auf Basis des Schiedsspruchs der Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG vom 8. Dezember 2016 im Landeskrankenhausplan eines Bundeslandes ausgewiesen worden sind und für die Zentrumszuschläge vereinbart wurden, sind zur Erfüllung der besonderen Aufgaben nach § 2 keine weiteren Qualitätsanforderungen erforderlich, als die des Landeskrankenhausplans, in dem das Zentrum ausgewiesen ist. Der G-BA prüft bis zum 31. Dezember 2022 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren.	Für alle nicht in den Anlagen I bis VII geregelten Arten von Zentren, für die die Länder vor dem 01.01.2021 besondere Aufgaben zugewiesen haben, gelten übergangsweise die Qualitätsanforderungen der Länder, soweit im jeweiligen Land vorhanden, bis der Gemeinsame Bundesausschuss die Qualitätsanforderungen für die besonderen Aufgaben dieser Art von Zentren beschlossen hat. Dies gilt längstens bis zum 31.12.2024	--
(2) Zur Sicherung einheitlicher Qualitätsanforderungen gilt Absatz 1 nicht für Zentren, die zwar die dort beschriebenen formalen Voraussetzungen erfüllen, aber nur einen Teil des Leistungsspektrums erbringen, das auch von den in den Anlagen I bis VII definierten Zentren regelhaft erbracht wird oder erbracht werden könnte.	--	--

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

UPV	DKG	GKV-SV
1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen mit Fällen auch für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	--
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Standards und Möglichkeiten der Patientenbehandlung dienen	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Standards und Möglichkeiten der Patientenbehandlung dienen.	--
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.		--
4. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Kranken-	4. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und	--

häuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.	nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.	
	5. Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung eines Registers.	--
	6. Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedure (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse.	--
	7. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: a. Darstellung des Zentrums und seiner Netzwerkpartner, b. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte, c. Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (zum Beispiel Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen mit Fällen auch für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser), d. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung,	--

	e. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, f. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Zentren und g. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.	
	8. Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern, zum Beispiel Schnittstellenmanagement (über die gesetzlichen Vorgaben hinaus gehendes Einweisungs- und Entlassmanagement, Überleitungsmanagement), Einsatz von Brückenpflegepersonal und Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken.	

Alternativvorschlag GKV-SV Anlage VIII - Nephrologische Zentren**§ 1 Qualitätsanforderungen**

UPV	GKV-SV	DKG
--	Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von nephrologischen Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das nephrologische Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als nephrologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein.	--

§ 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
--	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	--
--	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen	--

	und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	
--	2. Nephrologisches Register: die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers.	--
--	3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Nephrologie dienen.	--
--	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. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des nephrologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht	--

	über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: a. Darstellung des nephrologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner, b. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, 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, e. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, f. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen nephrologischen Zentren und g. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.	
--	6. Erbringung zentrumspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind	---

Anlage IX – Transplantationszentren (GKV-SV)**§ 1 Qualitätsanforderungen**

UPV	GKV-SV	DKG
--	Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Transplantationszentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das Transplantationszentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als Transplantationszentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein	--

§ 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
--	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	--
--	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären	--

	nären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden	
--	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Transplantationsmedizin dienen	--
--	3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen	--
--	4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Transplantationszentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:	--

	a. Darstellung des Transplantationszentrums und seiner Netzwerkpartner, b. Art und Anzahl der im Zentrum durchgeführten Transplantationen, 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, e. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, f. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Transplantationszentren und g. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet	
	5. Erbringung zentrumspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.	

Anlage X - Kinderonkologische Zentren (GKV-SV)**§ 1 Qualitätsanforderungen**

UPV	GKV-SV	DKG
--	Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das kinderonkologische Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als kinderonkologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein	--

§ 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
--	Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen gem. § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 der Zentrumsregelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:	--
--	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen	--

	und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden	
--	2. Tumorregistererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers, soweit diese Aufgabe über die Aufgaben nach § 65c SGB V hinausgeht	--
--	3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen	--
--	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. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des kinderonkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus);	--

	der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens: a. Darstellung des kinderonkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner, b. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie, 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, e. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, f. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen kinderonkologischen Zentren und g. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.	
--	6. Erbringung zentrumspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind	--

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) – Erstfassung:

Vom XX. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	4
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	4
2.1	§ 1 Rechtsgrundlage.....	4
2.1.1	Absatz 1:	4
2.1.2	Absatz 2:	5
2.1.3	Absatz 3:	5
2.2	§ 2 Begriff des Zentrums und des Schwerpunkts	6
2.3	§ 3 GKV-SV/KBV/PatV Besondere Aufgaben / DKG Grundsätze der besonderen Aufgaben.....	6
2.3.1	Absatz 1:	6
2.3.2	Absatz 2:	6
2.3.3	Absatz 3:	7
2.3.4	Absatz 4:	8
2.3.5	Absatz 5:	8
2.3.6	Absatz 6	9
2.3.7	LV Absatz 8 / DKG Absatz 7:.....	10
2.3.8	DKG Absatz 7:.....	10
2.4	§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben	11
2.4.1	Absatz 1:	11
2.4.2	Absatz 2:	12
2.4.3	Absatz 3:	13
2.5	§ 5 GKV-SV/KBV/PatV Qualitätsanforderungen / DKG Grundsätze von Qualitätsanforderungen.....	14

2.5.1	Absatz 1:	14
2.5.2	GKV-SV/KBV Absatz 2:	14
2.5.3	GKV-SV/KBV/PatV Absatz 3:	15
2.5.4	GKV-SV/KBV/PatV Absatz 4 / DKG Absatz 2:	18
2.5.5	GKV-SV/KBV/PatV Absatz 5 / DKG Absatz 3:	18
2.5.6	GKV-SV/KBV/PatV Absatz 6/7 / DKG Absatz 4:	19
2.6	§ 6 Evaluation.....	20
2.7	Anlage 1 - Seltene Erkrankungen	21
2.7.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	21
2.7.2	§ 2 Besondere Aufgaben	37
2.8	Anlage II - Anforderungen an Onkologische Zentren.....	53
2.8.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	53
2.8.2	§ 2 Besondere Aufgaben	61
2.9	Anlage III - Anforderungen an Traumazentren.....	74
2.9.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	74
2.9.2	§ 2 Besondere Aufgaben	82
2.10	Anlage IV - Anforderungen an Rheumatologische Zentren (PatV: ergänzen „und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie“).....	97
2.10.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	97
2.10.2	§ 2 Besondere Aufgaben	101
2.11	Anlage V - Herzzentren.....	113
2.11.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	113
2.11.2	§ 2 Besondere Aufgaben	124
2.12	Anlage VI - Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren)	135
2.12.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	135
2.12.2	§ 2 Besondere Aufgaben	136
2.13	Anlage VII - Lungenzentren.....	141
2.13.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	141
2.13.2	§ 2 Besondere Aufgaben	142
2.14	Anlage XIII – Sonstige ausgewiesene Zentren.....	147
2.14.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	147
2.14.2	§ 2 Besondere Aufgaben	149
2.15	Alternativvorschlag GKV-SV Anlage VIII – Nephrologische Zentren	153
2.15.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	153
2.15.2	§ 2 Besondere Aufgaben	154
2.16	Anlage IX – Transplantationszentren (GKV-SV)	157
2.16.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	157
2.16.2	§ 2 Besondere Aufgaben	158
2.17	Anlage X – Kinderonkologische Zentren (GKV-SV).....	161

2.17.1	§ 1 Qualitätsanforderungen	161
2.17.2	§ 2 Besondere Aufgaben	162
3.	Bürokratiekostenermittlung	166
4.	Verfahrensablauf	166
5.	Fazit	166

1. Rechtsgrundlage

Siehe 2.1 „§ 1 Rechtsgrundlagen“

	DKG
	Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sieht eine Beauftragung des G-BA vor, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG und in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzusetzen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 § 1 Rechtsgrundlage

2.1.1 Absatz 1:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Laut Gesetzesbegründung (vgl. BT-Drs. 19/5593, S. 118) ist es das primäre Ziel dieser Regelung, die bisherigen Unklarheiten im Zusammenhang mit der Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getroffen werden mussten, durch einen Beschluss des G-BA zu beseitigen. Denn bislang haben die bisherigen Regelungen nicht ermöglicht, dass Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten. Die Regelungskompetenz des G-BA ergibt sich insbesondere aus § 136c Absatz 5 SGB V, welcher über die bisherigen vergleichbaren Regelungen in § 9 Absatz 1a Nummer 2 des Gesetzes über die Entgelte	Absatz 1 gibt den gesetzlichen Auftrag wieder: Der G-BA hat auf Grundlage von § 136c Absatz 5 SGB V die Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG festzusetzen. Die Regelungskompetenz des G-BA sieht vor, Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben – soweit erforderlich – festzulegen. Qualitätsanforderungen sind nur in dem Fall festzulegen, wenn sie zur Erfüllung der besonderen Aufgabe als erforderlich einzustufen sind.

für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) hinausgeht. Dies betrifft insbesondere die Ermächtigung nach Satz 5 des § 136c Absatz 5 SGB V, dass - soweit für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich - zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen seien, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen.	

2.1.2 Absatz 2:

GKV-SV/DKG/KBV
Absatz 2 erläutert die rechtliche Funktion dieser Regelungen für die Vereinbarung von Zuschlägen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG. Demnach sind diese unmittelbare Grundlage für die Vereinbarung der Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG und somit bei der Vereinbarung dieser durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) zu beachten.

2.1.3 Absatz 3:

GKV-SV/KBV	DKG/PatV
Eine Zuschlagsberechtigung für besondere Aufgaben im Sinne des KHEntgG liegt nur vor, soweit ein Krankenhaus die in den Anlagen zu diesen Regelungen festgelegten Qualitätsanforderungen zur Wahrnehmung dieser besonderen Aufgaben erfüllt und dem Krankenhaus der Versorgungsauftrag über konkrete besondere Aufgaben durch die Krankenhausplanungsbehörde verbindlich übertragen worden ist. Dabei ist der besondere Versorgungsauftrag durch Festlegung im Krankenhausplan des Landes in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid oder bei einer Hochschulklinik aufgrund der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften (gleichartige Festlegung) auszuweisen. Eine Ausweisung im Krankenhausplan des Landes ist eine notwendige, aber keine alleinige Voraussetzung, um Zuschläge für besondere Aufgaben zu vereinbaren.	Besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG setzen die Ausweisung oder Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.

2.2 § 2 Begriff des Zentrums und des Schwerpunkts

GKV-SV/KBV	DKG
Ausgehend von der gegenwärtigen, höchstrichterlichen Definition des Zentrums, handelt es sich bei einem Zentrum um eine Einrichtung, die in dem betreffenden Fachbereich besonders spezialisiert ist und sich aufgrund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abhebt. Die Einrichtung muss sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden (BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014 - 3 C 15.13, Rn. 23).	Ausschließlich im Sinne dieser Regelung sind Zentren/Schwerpunkte Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe von der Landesplanungsbehörde zugewiesen bekommen haben. Ziel der Regelung ist es, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten festzulegen. Die Begriffe Zentrum und Schwerpunkt werden in dieser Regelung synonym verwendet und nicht weiter differenziert.

2.3 § 3 GKV-SV/KBV/PatV Besondere Aufgaben / DKG Grundsätze der besonderen Aufgaben

2.3.1 Absatz 1:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Absatz 1 gibt sinngemäß die gesetzliche Regelung aus § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V wieder.	Da laut gesetzlichem Auftrag die besonderen Aufgaben mit dieser Regelung durch den G-BA zu konkretisieren sind, werden in Absatz 1 die möglichen Gründe nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V genannt, welche in den nachfolgenden Paragraphen weiter bestimmt werden.

2.3.2 Absatz 2:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
In Absatz 2 wird präzisiert, was unter einer „überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung“ zu verstehen ist. Ein Krankenhaus, das diese Kriterien erfüllt, stellt einen Anziehungspunkt über andere Häuser hinweg dar, bildet den Mittelpunkt eines Netzwerks, verfügt über eine besondere Expertise in dem Fachgebiet, in dem die besonderen Leistungen erbracht werden und erbringt diese Leistungen	Eine überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung nach § 136c Absatz 5 Satz 2 Buchstabe a SGB V liegt vor, wenn das Krankenhaus eine besondere Funktion in einem Netzwerk mit anderen Leistungserbringern einnimmt. Hierzu zählt u.a die Gestaltung von Kooperationen mit anderen Leistungserbringern, woraus sich Managementaufgaben der Netzwerktätigkeit ableiten lassen. Ein Beispiel

regelmäßig und routiniert für andere Krankenhäuser. Der Nachweis einer überörtlichen Aufgabenwahrnehmung kann beispielsweise über die Erfüllung von fachabteilungsspezifischen Mindestfallzahlen geleistet werden.	ist die Organisation von interdisziplinären Fallkonferenzen, Kolloquien und Fortbildungen.

2.3.3 Absatz 3:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Ein Krankenhaus nimmt gemäß Absatz 3 dann eine besondere Aufgabe als Zentrum wahr, wenn es eine besondere Expertise und besondere Vorhaltungen für die Behandlung zur Verfügung stellt. Diese Vorhaltungen und Expertise müssen jedoch gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich herausstechen. Als ein Indikator kann die regelhafte Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren betrachtet werden.	Nach § 136c Absatz 5 Satz 2 Buchstabe b SGB V liegt eine besondere Vorhaltung vor, wenn zum einen wegen einer geringen Häufigkeit einer Erkrankung (bspw. Betroffenheit von nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen) oder zum anderen wegen der Besonderheit einer Erkrankung eine spezielle Vorhaltung vorliegt. Das kann beispielsweise das Vorhalten einer besonderen personellen Fachexpertise sein.

2.3.4 Absatz 4:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Eine Aufgabenwahrnehmung im Sinne der Regelung kann aufgrund einer bestehenden Komplexität oder einer unklaren Indikationsstellung die Verfügbarkeit technischer, personeller und interdisziplinärer Strukturen erfordern, die ganz erheblich über das Normalmaß hinausgehen. Ausweislich der DRG-Begleitforschung (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019): Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2019; abrufbar unter https://www.g-drg.de/content/download/8361/62109/version/1/file/Extremkostenbericht_2019_20190315.pdf) sind medizinisch hochspezialisierte und besonders sachkostenintensive Leistungen im DRG-Katalog sehr gut abgebildet. Eine Finanzierung als besondere Aufgabe kommt daher nur für interdisziplinäre und außergewöhnliche technische und personelle Strukturen in Frage, deren Vorhaltung insbesondere für die Behandlung von Erkrankungen erforderlich sind, die nicht nur innerhalb einer einzelnen Fachabteilung versorgt werden können und die eine Konzentration besonders aufwendiger, vorhaltungs- und infrastrukturintensiver Versorgung erfordern.	Eine Aufgabenwahrnehmung nach § 136c Absatz 5 Satz 2 Buchstabe c SGB V beschreibt die Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlich technischer und personeller Voraussetzungen, welches beispielsweise den Betrieb außergewöhnlich kostenintensiver Großgeräte und die medizinische Kompetenz für außergewöhnliche kostenintensive und komplexe Behandlungsformen betrifft.

2.3.5 Absatz 5:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Nach Absatz 5 kann eine „besondere Aufgabe“ im Sinne von § 136 c Absatz 5 Satz 1 SGB V – neben der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 bis 4 auch dadurch vom Krankenhaus erfüllt werden, wenn dieses eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die über die Behandlung der eigenen Patientinnen und Patienten hinausgeht, die der statio-	Besondere Aufgaben können auch Aufgaben sein, die gemäß § 2 Abs. 2 Satz 5 letzter Halbsatz KHEntgG nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung zählen, aber den eigenen Patienten mittelbar zugutekommen. Hierzu zählt beispielsweise das Beraten von anderen Leistungserbringern zu besonders komplexen (auch seltenen) Indikati-

nären Behandlung der Patientinnen und Patienten aber mittelbar zugutekommt. Das Nähere hierzu bestimmt der G-BA in den Anlagen zu dieser Regelung.	onen. Die erworbene Fachexpertise kommt den Patienten des Zentrums/Schwerpunkts also mittelbar zugute. Dies deckt sich ebenfalls mit den Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG, Urt. V. 22.05.2014 – C 13/13, Rn. 35). Darüber hinaus wird vom Bundesverwaltungsgericht untermauert, dass gerade nicht zwischen mittelbarer und unmittelbarer Patientenversorgung unterschieden werden kann (BVerwG, Urt. V. 22.05.2014 – C 13/13, Rn. 34). Aus diesem Grund treffen die besonderen Aufgaben auch keine Unterscheidung dahingehend.

2.3.6 Absatz 6

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Absatz 6 stellt klar, dass die vom G-BA auf der Grundlage von § 136c Absatz 5 SGB V beschlossene Regelung einschließlich ihrer Anlagen die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG sowie die Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben abschließend konkretisiert.	Die besonderen Aufgaben werden von der Landesplanungsbehörde einzelnen Zentren/Schwerpunkten zugeteilt. Der gesetzliche Auftrag sieht vor, dass der G-BA Vorgaben für die Konkretisierung der besonderen Aufgaben festlegt. Besondere Aufgaben aus den Anlagen der Regelungen können somit durch die Landesplanungsbehörde und durch die Vertragsparteien auf Ortsebene weiter konkretisiert werden.

2.3.7 LV Absatz 8 / DKG Absatz 7:

GKV-SV/PatV/KBV	DKG
--	Da bis zum Beschlusszeitpunkt (31.12.2019) nicht alle Zentren/Schwerpunkte durch Anlagen geregelt werden, muss es eine Möglichkeit geben, dass nicht geregelte Zentren/Schwerpunkte nach dem 31.12.2019 besondere Aufgaben zugewiesen werden können. Dadurch werden zum einen die bereits bestehenden und funktionierenden Konzepte in den jeweiligen Ländern berücksichtigt und zum anderen können Zentren und Schwerpunkte, die nicht in der G-BA-Regelung enthalten sind, nach 2020 die Möglichkeit erhalten, besondere Aufgaben zugewiesen zu bekommen. Dadurch werden die Besonderheiten der Versorgungslandschaft in einzelnen Bundesländern im ausreichenden Maß berücksichtigt.

2.3.8 DKG Absatz 7:

	DKG
	Für Zentren und Schwerpunkte, die vom G-BA geregelt werden aber derzeit Zuschläge auf einer anderen Basis (z. B. abweichende Qualitätsanforderungen) erhalten, muss es eine Übergangsregelung von einem Jahr geben, in der das Krankenhaus die neuen Anforderungen umsetzen kann.

2.4 § 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben

2.4.1 Absatz 1:

GKV-SV/KBV	DKG
Gemäß § 136c Absatz 5 Satz 4 SGB V hat der G-BA zu gewährleisten, dass es sich bei dem von ihm festgelegten besonderen Aufgaben, nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen des SGB V finanziert werden. Der Gesetzgeber hatte zudem bereits in der Begründung zum KHSG die Zuschläge für besondere Aufgaben als „<i>ein ergänzendes Entgeltelement zu dem bundeseinheitlich kalkulierten DRG-System</i>“ (BT-Drs. 18/5372, S. 68) definiert, nicht etwa als ein alternatives Entgeltelement. Um eine Doppelfinanzierung auszuschließen, werden in Absatz 1 die gesetzlichen Vorgaben in einer nicht abschließenden Liste konkretisiert. 1. Der Gesetzgeber hat in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG eine Finanzierung über Zentrumszuschläge explizit ausgeschlossen, wenn die Aufgaben bereits über Fallpauschalen oder Zusatzentgelte nach § 9 Absatz 1 Nummern 1 und 2 KHEntgG finanziert werden oder werden können. 2. Für den Betrieb klinischer Krebsregister können keine Zuschläge vereinbart werden, da diese Aufgaben bereits über die fallbezogenen Krebsregisterpauschalen nach § 65c Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 SGB V vergütet werden. Eine entsprechende Klarstellung findet sich in der Gesetzesbegründung zum KHSG (BT-Drs. 18/5372, S. 68). 3. In § 136c Absatz 5 Satz 4 SGB V stellt der Gesetzgeber klar, dass die Möglichkeit der Vertragspartner, besondere Einrichtungen befristet aus den DRG-Vergütungen auszunehmen, unberührt bleibt. Eine Vergütung von besonderen Aufgaben wird in diesem Falle bereits bei der Vereinbarung der krankenhausspezifischen Entgelte berücksichtigt.	Gemäß § 136c Absatz 5 Satz 4 SGB V hat der G-BA zu gewährleisten, dass es sich bei dem von ihm festgelegten besonderen Aufgaben, nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen des SGB V finanziert werden. Der Gesetzgeber hatte zudem bereits in der Begründung zum KHSG die Zuschläge für besondere Aufgaben als „<i>ein ergänzendes Entgeltelement zu dem bundeseinheitlich kalkulierten DRG-System</i>“ (BT-Drs. 18/5372, S. 68) definiert, nicht etwa als ein alternatives Entgeltelement. Um eine Doppelfinanzierung auszuschließen, werden in Absatz 1 die gesetzlichen Vorgaben in einer Auflistung näher beschrieben. Die zuschlagsberechtigten besonderen Aufgaben sind mit dieser Regelung bereits definiert und damit als zuschlagsberechtigt anerkannt. Dennoch wurde die gesetzliche Regelung aufgenommen und Sachverhalte beschrieben, die anderweitig vergütet werden und bei der Festlegung der besonderen Aufgaben auf der Bundesebene beachtet werden sollen. Genannt werden in der Vereinbarung Entgelte die über Fallpauschalen und Zusatzentgelte, Entgelte zu klinischen Krebsregistern, für besondere Einrichtungen, Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und Zusatzentgelte, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen zwar zugeordnet sind, aber in Ausnahmefällen nicht sachgerecht vergütet werden.

4. Die Finanzierung von Leistungen, die über Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen finanziert werden ist, ausgeschlossen. Gleiches gilt für gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 2a KHEntgG.	

2.4.2 Absatz 2:

GKV-SV/KBV	DKG
Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinen Entscheidungen vom 22. Mai 2014 ausdrücklich klargestellt, dass die in einem Zentrum angebotene Standardleistung nicht allein deshalb zu einer besonderen Aufgabe werde, weil sie qualitativ hochwertiger erbracht wird als in anderen Krankenhäusern (BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014 - 3 C 8.13, Rn. 36; BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014 - 3 C 15.13, Rn. 28). Soweit die Qualität allein entsprechend den (S3-)Leitlinien oder entsprechend den Vorgaben von G-BA-Richtlinien erbracht wird, erfüllt dies noch nicht die Voraussetzungen für die Gewährung eines Zentrumszuschlags.	

2.4.3 Absatz 3:

KBV	GKV-SV	DKG
Während ambulante Leistungen der Zentren nicht zuschlagsfähig sind, sollen jedoch auch ambulante Leistungserbringer im Sinne einer sektorenübergreifenden und patientenzentrierten Versorgung in die Vermittlung von Expertise in Form von besonderen Aufgaben der Zentren eingebunden werden können. Dies betrifft insbesondere zentrumsbezogene Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Fallkonferenzen für Patienten, die in beiden Sektoren versorgt werden.	Der Anwendungsbereich des KHEntgG erstreckt sich auf voll- und teilstationäre Leistungen der DRG-Krankenhäuser (§ 1 Absatz 1 KHEntgG). Zudem stellt der Gesetzgeber in § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG klar, dass es sich bei der besonderen Aufgabe um eine Aufgabe für die stationäre Versorgung von Patienten handeln muss: <i>„4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten [...].“</i> Ambulante Leistungen sind folglich nicht in die Finanzierung der besonderen Aufgaben einzubeziehen. Dies wird auch durch die Rechtsprechung des BVerwG vom 22. Mai 2014 bestätigt, die besagt: <i>„Ambulante Leistungen sind nicht nach § 5 Abs. 3 KHEntgG zuschlagsfähig.“</i> (BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014, 3 C 9.13, Rn. 38)	Der Gesetzgeber hat mit § 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG klargestellt, dass es sich bei dem im Zentrum/Schwerpunkt erbrachten Leistungen krankenhaushausfinanzierungsrechtlich nicht um Leistungen handelt, die bereits durch das KHEntgG oder nach Regelungen des SGB V vergütet werden. In diesem Zusammenhang wurde durch § 2 Abs. 2 Satz 5 zweiter Halbsatz KHEntgG darüber hinaus betont, dass eine Zentrums-/Schwerpunktleistung auch Leistungen sein können, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung zuzuordnen sind (siehe hierzu auch Tragende Gründe zu §3 Abs. 5).

2.5 § 5 GKV-SV/KBV/PatV Qualitätsanforderungen / DKG Grundsätze von Qualitätsanforderungen

2.5.1 Absatz 1:

GKV-SV/KBV	DKG
Damit ein Krankenhaus die Voraussetzungen erfüllt, Zentrumsaufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahrzunehmen, ist die Erfüllung der in den Anlagen dieser Regelungen aufgeführten Qualitätsanforderungen maßgeblich. Dabei sind jeweils alle unter § 1 der Anlagen geführten Qualitätsanforderungen jederzeit zu erfüllen, sofern in der Anlage nichts Abweichendes geregelt ist.	Für den Fall, dass ein Zentrum/Schwerpunkt explizit in den Anlagen benannt ist, gelten die aufgelisteten Qualitätsanforderungen für diese Zentren und Schwerpunkte. Diese müssen erfüllt sein, um die besonderen Aufgaben von der Landesplanungsbehörde zugewiesen zu bekommen.

2.5.2 GKV-SV/KBV Absatz 2:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Alle Anforderungen dieser Regelung sind am Standort zu erfüllen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) den Auftrag erhalten, eine bundeseinheitliche Definition von Krankenhausstandorten, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegt, zu vereinbaren. Die Vereinbarung wurde am 29.08.2017 geschlossen und die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich. Entsprechend liegt dem Standortbegriff in dieser Regelung die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG zugrunde.	--

2.5.3 GKV-SV/KBV/PatV Absatz 3:

GKV-SV/KBV	DKG
Diese Regelung stellt an verschiedenen Stellen auf Fachabteilungen ab. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wird in der Regelung die Definition einer Fachabteilung vorgenommen, da bislang keine allgemeingültige Definition existiert. Die Voraussetzungen sind sämtlich zu erfüllen, wie sich aus dem „und“ am Ende von Nummer 3 ergibt.	--

2.5.3.1 Nummer 1:

GKV-SV/KBV	DKG
In Nummer 1 wird die eigenständige Struktur und Organisation als Voraussetzung für die Anerkennung als Fachabteilung beschrieben. Eine Fachabteilung kann nicht eine Unterabteilung einer gänzlich anderen Abteilung sein (Beispiel: Neurochirurgie als Unterabteilung der Unfallchirurgie). Die eigenständige Struktur und Organisation ist nicht zwingend an die Vorhaltung von eigenen Betten dieser Fachabteilung geknüpft. Auch eine nicht bettenführende Fachabteilung kann dieses Kriterium erfüllen, wenn sie wesentliche Kriterien einer eigenen Organisationsstruktur wie eine eigene Leitung und Dienstplanung sowie klar definierte Zuständigkeiten innerhalb der Abteilung und in der Beziehung zu anderen Abteilungen erfüllt.	--

2.5.3.2 Nummer 2:

KBV	GKV-SV/PatV	DKG
Insbesondere in der hochspezialisierten Versorgung ist die Fachexpertise zu einzelnen Krankheitsbildern oder Patientengruppen z.T. personengebunden. Diese hochspezialisierten Fachärzte und Fachärztinnen können auch über Belegarztverträge an einem Zentrum tätig sein. Sofern eine Vereinbarung zwischen Belegarzt bzw. -ärztin und Krankenhaus die Vorlage der entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung und die Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten sicherstellt, kann auch der Belegarzt bzw. die Belegärztin bei der Definition einer Fachabteilung berücksichtigt werden.	Die Fachkompetenz der Fachabteilung ergibt sich aus der entsprechenden Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte. Die Anforderung, dass innerhalb von maximal 30 Minuten eine Fachärztin oder ein Facharzt die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten behandeln kann, setzt das Vorhandensein mehrerer Fachärztinnen oder Fachärzte in der Fachabteilung voraus. Aus fachlicher Sicht ist es unerheblich, ob die Facharztverfügbarkeit zu jeder Zeit in der Fachabteilung durch einen Bereitschaftsdienst oder einen Rufbereitschaftsdienst gewährleistet wird, sofern sichergestellt ist, dass der Rufbereitschaftsdienst innerhalb eines Zeitraums von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten tätig werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass diese Sicherstellung derzeit in der Regel im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes gewährleistet werden kann. Gleichzeitig muss der Facharztstandard auch bei Urlaub, Krankheit, an Wochenenden und nachts innerhalb der angegebenen kurzen Zeit gewährleistet sein. Fachabteilungen können sich nicht aus einer einzelnen Fachärztin oder einem einzelnen Facharzt ergeben. Der Facharztstandard gilt nur mit entsprechenden Qualifikationsnachweisen gemäß Weiterbildungsordnung der Ärztekammer als erfüllt. Das bedeutet, dass nur Chirurginnen	--

	und Chirurgen in der Chirurgie den Facharztstandard herstellen können und nicht Internistinnen und Internisten.	

2.5.3.3 Nummer 3:

GKV-SV/KBV	DKG
Sofern der Landeskrankenhausplan oder der Versorgungsvertrag eine Ausweisung auf Fachabteilungsebene vorsieht, muss ein entsprechender Versorgungsauftrag vorliegen.	--

2.5.3.4 Nummer 4:

GKV-SV/KBV	DKG
Die Vertragsparteien vor Ort dokumentieren die Fachabteilungsstruktur anhand der Fachabteilungsschlüssel (Zweistellerebene) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels eignet sich, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene geeint ist. Durch die Verwendung der Fachabteilungsschlüssel wird nachvollziehbar, welches Krankenhaus welche Fachabteilungen vorhält. Zugleich wird die Zuordnung der Krankenhäuser zu den jeweiligen Stufen erleichtert, da die Fachabteilungsstruktur ein wesentliches Kriterium für die Stufenzuordnung darstellt. Nicht vorhandene Schlüssel müssen gegebenenfalls durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ergänzt werden.	--

2.5.4 GKV-SV/KBV/PatV Absatz 4 / DKG Absatz 2:

Zur Sicherstellung der entsprechenden Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte zur Erfüllung des geforderten Facharztstandards werden entsprechende Qualifikationsnachweise gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gefordert. Dabei sind auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte miteingeschlossen, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

2.5.5 GKV-SV/KBV/PatV Absatz 5 / DKG Absatz 3:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
In § 136c Absatz 5 Satz 5 SGB V benennt der Gesetzgeber ausdrücklich das Erreichen von Mindestfallzahlen als mögliche im Zusammenhang mit den einzelnen besonderen Aufgaben zu erfüllende Qualitätsanforderung. Die Mindestfallzahl dient hierbei als Nachweis des Krankenhauses, dass es über eine besondere Expertise in dem Fachgebiet, in dem die besonderen Aufgaben übernommen werden, verfügt. Darüber hinaus dient die Mindestfallzahl als Indikator für das überörtliche Einzugsgebiet der Fachabteilung oder des Zentrums. Für die Berechnung der Mindestfallzahl ist die Summe aller Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die zu der in der Anlage näher bezeichneten Erkrankungen zu rechnen sind und im Zentrum im Rahmen der stationären Versorgung behandelt wurden.	Soweit zur Erfüllung der besonderen Aufgabe Qualitätsanforderungen erforderlich sind, können diese durch Mindestfallzahlen weiter definiert werden. Mindestfallzahlen finden sich in diesem Fall in den Qualitätsanforderungen der Anlagen wieder.

2.5.6 GKV-SV/KBV/PatV Absatz 6/7 / DKG Absatz 4:

GKV-SV	KBV	PatV	DKG
Gemäß § 2a SGB V ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Damit besteht die Mindestvoraussetzung in einem barrierefreien Zugang zu den Einrichtungen der Krankenversorgung, wozu auch eine verständliche Darstellung der Strukturen des Zentrums gehört. Zur weiteren Förderung der behindertengerechten Versorgung sind die in dieser Regelung adressierten Zentren gehalten, mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen strukturiert zusammenzuarbeiten und dies auf ihrer Internetseite zu dokumentieren.	Ziel dieser Regelung ist, dass die zentrale Expertise und die besonderen Aufgaben, die ein Zentrum leistet, nicht nur von stationären Leistungserbringern genutzt werden können, sondern im Sinne einer sektorenübergreifenden patientenzentrierten Versorgung wo sinnvoll auch Vertragsärzten zur Verfügung steht. Dies betrifft unter anderem die Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen für Patienten, die auch ambulant betreut werden, und die Teilnahme an zentrumsbezogenen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.	Gemäß § 2a SGB V ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Damit ein barrierefreier Zugang zur Krankenversorgung zu ermöglichen, wozu auch eine verständliche Darstellung der Strukturen des Zentrums sowie die Nennung klarer Indikatoren im Qualitätsbericht (Bereich Barrierefreiheit) gehören. Das gilt für Zentren als speziell ausgewiesenes Versorgungsangebot in besonderer Weise. Barrierefreiheit erstreckt sich demnach nicht allein auf die baulichen, sondern auch auf die kognitiven, sprachlichen, optischen, akustischen und auf Verständlichkeit bezogenen Anforderungen, sowie die spezifischen Zugangsbarrieren bei psychischen Erkrankungen. Die systematische Kooperation mit Selbsthilfe- und Patientenverbänden zur Einbindung des ‚Expertenwissens aus eigener Betroffenheit‘, das in der Selbsthilfe zusammengetragen wird, ist auch und gerade in Zentren mit besonderen Aufgaben von großer Bedeutung	Der Zugang zum Krankenhaus muss behindertengerecht sein. Ein barrierefreier Zugang ist wünschenswert, aber nicht an allen Zentren/Schwerpunkten umsetzbar, da zum Teil erhebliche Investitionen für eine Barrierefreiheit notwendig wären, für die die für die Investitionsfinanzierung zuständigen Länder keine ausreichenden Mittel zur Verfügung stellen.

		für die Weiterentwicklung einer an Patienten orientierten Versorgung.	

2.6 § 6 Evaluation

Der G-BA überprüft anhand einer Evaluation die Folgewirkung dieser Regelung. Dies ist notwendig, da nicht für alle Kriterien valide Daten auf Bundesebene vorliegen und daher zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollumfängliche Wirkungsanalyse möglich ist.

2.7 Anlage 1 - Seltene Erkrankungen

2.7.1 § 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV	
Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.	

2.7.1.1 Absatz 1:

GKV-SV	DKG
International liegen unterschiedliche Definitionen für eine seltene Erkrankung vor. In der Europäischen Union wird eine Erkrankung als "selten" definiert, wenn von ihr maximal 5 von 10.000 Menschen betroffen sind. Dieser Regelung wird die Definition der Europäischen Union zugrunde gelegt.	„In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind. ... Seltene Erkrankungen weisen einige Besonderheiten auf: Dazu zählen vorrangig die geringe Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einer Seltenen Erkrankung, eine die Durchführung von Studien erschwerende überregionale Verteilung und eine geringe Anzahl von räumlich verteilten Expertinnen und Experten, die an einer Seltenen Erkrankung arbeiten und die Versorgung sicherstellen.“(aus Veröffentlichung des Bundesministeriums für Gesundheit: „Seltene Erkrankungen“, Mai 2019)

2.7.1.2 Absatz 2:

GKV-SV	DKG
	Voraussetzung für die Wahrnehmung einer besonderen Aufgabe im Sinne dieser Regelung ist die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, so-

	fern spezielle personelle, sächliche und organisatorische Voraussetzungen für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten in den Anlagen definiert sind.

2.7.1.2.1 Nummer 1:

GKV-SV	DKG
Insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei seltenen Erkrankungen die Diagnose oft unklar ist, muss ein Zentrum mehr als eine seltene Erkrankung behandeln können. Idealerweise sollte das Zentrum den gesamten diagnostischen Bereich einer Krankheitsgruppe abdecken.	Eine der Besonderheiten der seltenen Erkrankungen ist die geringe Anzahl von Patienten, die mit einer geringen Anzahl von räumlich verteilten Experten für die jeweilige Erkrankung einhergeht. Unter Berücksichtigung der deutschlandweit regional sehr inhomogenen Versorgungssituation für Patienten mit seltenen Erkrankungen sind im Rahmen dieser Richtlinie die stationären Leistungserbringer zu berücksichtigen, die sich hochqualifiziert mit der Behandlung einer oder mehrerer seltener Erkrankungen befassen und für die betroffenen Patienten die Versorgung mit besonderer Expertise auch überregional sicherstellen. Wesentliche Parameter für die Verbesserung der Versorgungsqualität ist neben der fachlichen Expertise die Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern. Die Vorgabe einer Mindestanzahl von zu behandelnden seltenen Erkrankungen sowie die Festlegung einer Mindestfallzahl für das jeweilige Zentrum tragen im Hinblick auf die Versorgungssituation von Patienten mit seltenen Erkrankungen nicht zu einer Verbesserung bei.

2.7.1.2.2 GKV-SV Nummer 2:

GKV-SV	DKG
Die hier vorausgesetzte Struktur umfasst ein krankheitsübergreifendes Referenzzentrum (Typ A Zentrum) mit mehreren organisatorisch integrierten Fachzentren (Typ B-Zentren). Aufgabe des Referenzzentrums ist es, die Koordination für mindestens fünf interne Fachzentren sowie fünf externe Fachzentren zu übernehmen. Diese vernetzte Struktur stellt	--

sicher, dass für Patienten mit initial unklarer Diagnose eine umfassende Diagnostik- und Therapieinfrastruktur vorgehalten wird. Die folgenden Anforderung an die integrierten Fachzentren orientieren sich an dem Kriterienkatalog für Typ B Zentren des Nationalen Aktionsbündnisse für seltene Erkrankungen (NAMSE) Version 3.0 mit Stand vom 12.04.2019.1	

2.7.1.2.2.1 GKV-SV a)

GKV-SV	DKG
Das Fachzentrum verfügt über das für die Behandlung der Krankheit/Krankheitsgruppe, auf die es spezialisiert ist, erforderliche interdisziplinäre/multiprofessionelle Behandlungsteam. Die besondere Expertise des Behandlungsteams für die behandelte Krankheit/Krankheitsgruppe kann z.B. über folgende Informationen nachgewiesen werden: – die Anzahl der behandelten Patienten – Anzahl erkrankungsrelevanter Publikationen – Weiterbildungsnachweise Fortbildungszertifikate.	--

2.7.1.2.2.2 GKV-SV b) / DKG Nummer 2:

GKV-SV	DKG
Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass es kontinuierlich einen verantwortlichen Ansprechpartner für das Fachzentrum gibt. Zeitgleich wird	Der Leiter des Fachzentrums verfügt über eine herausragende Expertise für die Behandlung einer oder mehrerer seltener Erkrankungen und

1Kriterienkatalog für Typ B Zentren des Nationalen Aktionsbündnisse für seltene Erkrankungen (NAMSE) Version 3.0 mit Stand vom 12.04.2019, URL: https://www.namse.de/fileadmin/user_upload/downloads/Anforderungskatalog_an_Typ_B_Zentren_120419.pdf (Stand 02.08.2019).

die Flexibilität eingeräumt, dass die Leitung des Zentrums in der über die 20 Wochenstunden hinausgehenden Arbeitszeit auch in anderen Bereichen des Krankenhauses Aufgaben wahrnehmen kann.	ist Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, ärztliche Mitarbeiter und weitere Leistungserbringer (z.B. andere Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte). Krankheits- und urlaubsbedingte Abwesenheiten sind über eine Stellvertreterregelung zu kompensieren.

2.7.1.2.2.3 GKV-SV c) / DKG Nummer 3:

GKV-SV	DKG
Patienten müssen eine klar erkennbare und regelmäßig besetzte Anlaufstelle haben. Von dort aus wird der weitere Ablauf organisiert, da viele Patienten beim Erstkontakt mit dem Zentrum noch keine klare Diagnosestellung haben.	Patienten mit einer seltenen Erkrankung haben in der Regel bereits eine Vielzahl von Arztkontakten, verbunden mit einem entsprechenden medizinischen und psychischen Leidensweg hinter sich, bevor der erste Kontakt zu einem Zentrum für seltene Erkrankungen aufgenommen wird. Dieser Erstkontakt sollte einfach in der Kommunikation und zeitlich wie auch regional gut wahrnehmbar sein. In einer zentralen Anlaufstelle des Zentrums erfolgen erste gezielte Abfragen, ggf. mithilfe entsprechender Fragebögen. Die weitere Koordination und Organisation des Erstkontaktes erfolgt zur Entlastung des Patienten und zur zielgerichteten Patienten-Steuerung über die Anlaufstelle des Zentrums.

2.7.1.2.2.4 GKV-SV d)

GKV-SV	DKG
Für Patienten muss klar ersichtlich sein, wann das Fachzentrum Sprechstunden anbietet und von wem sie dort behandelt werden.	--

2.7.1.2.2.5 GKV-SV e)

GKV-SV	DKG
Um an Arzneimittelstudien zu seltenen Erkrankungen teilnehmen zu können, hält das Fachzentrum mindestens einen Arzt mit einer gültigen Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG) vor.	--

2.7.1.2.2.6 GKV-SV f) / DKG Nummer 4:

GKV-SV	DKG
Da es je Krankheitsgruppe nur wenige Patienten bundesweit bzw. international gibt, ist es in vielen Fällen nicht möglich, Studien durchzuführen. Umso wichtiger ist es, alle Betroffenen mit ihren Krankheitsdaten in einem nationalen oder internationalen Register zu erfassen mit dem Ziel weitergehende Erkenntnisse über die Erkrankung, Behandlungsoptionen und –ergebnisse zu erlangen sowie daraus Behandlungsstandards zu entwickeln.	Aufgrund der - bezogen auf die jeweilige seltene Erkrankung - geringen Anzahl von Patienten, ist die Dokumentation entsprechender Daten in bestehende krankheits-/krankheitsgruppen-spezifische vernetzte Register von besonderer Bedeutung für Forschung und Wissenschaft. Sofern kein nationales oder internationales Register existiert, sind die Daten mit einem Minimaldatensatz (z.B. Open Source Registersystem für SE) zu dokumentieren.

2.7.1.2.2.7 GKV-SV g) / DKG Nummer 5:

GKV-SV	DKG
Das Zentrum wirkt an der Erforschung von seltenen Erkrankungen sowie der Entwicklung von Diagnostik- und Therapiestandards mit. Da es im Bereich der seltenen Erkrankungen nur kleine Patientengruppen gibt, die i.d.R. nicht die erforderliche Größenordnung für Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa erreichen, werden auch niedrigere Evidenzstufen akzeptiert. Als Qualitätsanforderung wird das Vorhandensein eines Studienprotokolls vorausgesetzt.	Die Erforschung der seltenen Erkrankungen wie auch die entsprechende Versorgungsforschung erfordert neben einer vernetzten Dokumentation eine breite Beteiligung der hochspezialisierten Leistungserbringer. Die Vernetzung von Grundlagenforschung mit der klinischen Forschung ist über rein krankheitsbezogene Erkenntnisse hinaus von weitreichender Bedeutung. Wissenschaftliche Schwerpunkte können z.B. krankheitsorientierte Forschung, patientenorientierte Forschung, Führung und Weiterentwicklung von Registern, Durchführung klinischer

	Studien oder Versorgungsforschung sein. Die Mitwirkung an Forschungsprojekten/ klinischen Studien kann auch im Rahmen des Netzwerkes in Kooperation mit universitären Zentren für seltene Erkrankungen erfolgen. Die Teilnahme an Studien ist zu veröffentlichen.

2.7.1.2.2.8 GKV-SV h)

GKV-SV	DKG
Das A-Zentrum übernimmt koordinierende Aufgaben für die integrierten B Zentren und sorgt für eine enge Vernetzung der B Zentren untereinander.	--

2.7.1.2.2.9 GKV-SV i)

GKV-SV	DKG
Der Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen soll eine möglichst vollständige, bundesweite Informationsplattform der Versorgungsangebote für Patienten/innen mit seltenen Erkrankungen bieten. Daher wird hier verpflichtend gefordert, dass sich die Fachzentren (Typ B Zentren) auf dieser Plattform registrieren und dort über ihr spezifisches Versorgungsangebot informieren.	--

2.7.1.2.3 GKV-SV/PatV Nummer 3:

GKV-SV/PatV	DKG
Durch die Übernahme koordinierender Aufgaben und die enge Kooperation mit Fachzentren anderer Krankenhäuser soll die krankheitsspezifische Vernetzung der Typ B Zentren bestärkt werden. Da es bundesweit oftmals nur an wenigen Standorten krankheitsspezifische Fachexpertise zu einzelnen seltenen Erkrankungen gibt, ist eine Zusammenarbeit der Fachzentren, z.B. in Form von gemeinsamen Fallkonferenzen, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen oder der gemeinsamen Entwicklung von Leitlinien und Konsensuspapieren dringend geboten. Das Zentrum koordiniert für eine bestimmte Krankheitsgruppe den wissenschaftlich-fachlichen Austausch mit den externen Typ B Zentren und vernetzt die Zentren mit dem Europäischen Referenznetzwerk, das für diese Krankheitsgruppe zuständig ist. Art und Umfang der Kooperation mit dem A Zentrum sind schriftlich zu dokumentieren.	--

2.7.1.2.4 PatV Nummer 4 / KBV Nummer 2 / DKG Nummer 6:

PatV	DKG
Die Qualitätsanforderungen sollten sicherstellen, dass die wirklich spezialisierten Kliniken die zusätzliche Vergütung erhalten und anderen diese Vergütung verwehrt bleibt. Zugleich sollten Qualitätsanforderungen formuliert werden, die für die Kliniken ohne unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand belegbar sind. Die aufgeführten SOPs beschäftigen sich mit Kernprozessen der Zentren für Seltene Erkrankungen, die im Innovationsfondsprojekt TRANSLATE-NAMSE konkretisiert worden sind. Auch wenn die Qualität der SOPs an sich nur bedingt überprüft werden kann, ist die Erarbeitung und das Vorhalten solcher standardisierten Verfahrensweisen ein wichtiges Indiz für qualitativ hochwertige und nicht nur gelegentliche Arbeit in der Versorgung von Menschen mit bestimmten Seltenen Erkrankungen.	Das Zentrum ist Ansprechpartner für Patienten, bei denen trotz zahlreicher Arztkontakte keine Diagnose ermittelt werden konnte. Um aus den vorliegenden Unterlagen ohne Zeitverlust die richtige Zuordnung zu den jeweiligen Experten vornehmen zu können, ist ein standardisiertes Vorgehen erforderlich. Nach der Übermittlung eines detaillierten Patientenfragebogens, aller vorliegenden Krankenunterlagen (z.B. Arzt- und Klinikberichte, Laborberichte, bildgebende Diagnostik) an das Zentrum, erfolgt die Bearbeitung der Unterlagen sowie die Erörterung in Fallbesprechungen und interdisziplinären Fallkonferenzen. Das Ergebnis (ohne abschließende Diagnose) wird dem Patienten in Form eines schriftlichen Berichtes mitgeteilt und nachfolgend ggf. der persönliche Erstkontakt koordiniert.

2.7.1.2.5 GKV-SV Nummer 4 /KBV Nummer 3:

GKV-SV	DKG
Seltene Erkrankungen werden zu einem sehr hohen Anteil erstmals im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert, daher ist in dem Zentrum eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorzuhalten. Seltene Erkrankungen sind oftmals genetisch bedingt. Das Zentrum für seltene Erkrankungen muss daher Zugang zu Hochdurchsatzverfahren haben. Die Verfahren der genetischen Diagnostik müssen nicht unmittelbar am Standort des Zentrums durchgeführt werden. Es muss jedoch ein Team mit einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin	--

für Humangenetik am Standort des Zentrums geben, welches die qualifizierte Interpretation der genetischen Analysen sowie eine Aufklärung der Patienten/innen sicherstellt.	

2.7.1.2.6 GKV-SV / PatV Nummer 5 / KBV Nummer 4 / DKG Nummer 7:

GKV-SV	PatV	DKG
Die Vorhaltung eines Lotsen ist von jedem Zentrum für seltene Erkrankungen verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher ist diese Vorhaltung sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch § 2 Nr. 7). Da spezialisierte Versorgungsangebote für einzelne seltene Erkrankungen bundesweit oftmals nur an wenigen Standorten vorgehalten werden, sollen Patienten durch einen ärztlichen Lotsen darin unterstützt werden, die geeigneten Behandlungsangebote zu identifizieren.	Schätzungsweise achtzig Prozent der Seltenen Erkrankungen sind genetisch bedingt. In der Folge zeigen sich die ersten Symptome der Erkrankungen oftmals schon im Kindesalter. Ein spezialisiertes Referenzzentrum (Typ A Zentrum) ohne pädiatrische oder humangenetische Expertise ist nicht denkbar. Durch die zunehmende Bedeutung der humangenetischen Diagnostik ist das Vorhalten eines Medizininformatikers für die Analyse der Daten unerlässlich geworden. Aufgabe der Medizininformatiker ist es, aus großen Mengen an Rohdaten biologisch oder klinisch relevante Daten zu analysieren und zu extrahieren. Diese aufgearbeiteten Daten werden anschließend von Humangenetikern auf bestimmten Fragestellungen angewendet. Der SE-Lotse ist im NAMSE entwickelt worden – dort schlicht Lotse genannt, ein Begriff der allerdings auch in anderen Anlagen dieses Beschlusses mit anderer Bedeutung genutzt wird – und wird im Nationalen Aktionsplan als unerlässlich beschrieben. Der SE-Lotse ist ein koordinierender Mitarbeiter des A-Zentrums. Der Lotse ist der erste Ansprechpartner für den Patienten und/oder Haus-/Kinder-/Facharzt. Er	Mit dem Erstkontakt zum Zentrum erfolgen die Koordinierung weiterer Diagnose-/Behandlungsschritte sowie die Steuerung des Patienten zu den spezialisierten klinischen oder niedergelassenen Experten je nach Fragestellung über ärztliche oder nichtärztliche Lotsen/Koordinatoren. Patienten mit einer seltenen Erkrankung weisen oft einen jahrelangen Leidensweg mit zahlreichen Arzt-Kontakten auf. Die geregelte personelle Zuständigkeit sowie die zielgenaue Koordination der erforderlichen weiteren Diagnostik- und Behandlungsschritte stellen eine wesentliche Entlastung für die Patienten dar, minimieren Informationsverluste und erleichtern eine stark standardisierte Vorgehensweise.

	überprüft formell alle Unterlagen und fordert fehlende Unterlagen an. Er dokumentiert und koordiniert alle Schritte des Patientenpfades. Er übernimmt die Lotsenfunktion, um Patienten mit einem besonderen Diagnostik- oder Therapiebedarf an die richtige Stelle im System zu steuern (intern und an andere Einrichtungen bundesweit, ggf. europaweit). Diese Qualitätsanforderung kann allerdings nur mit Zuschlägen für eine entsprechende Besondere Aufgabe nachhaltig erfüllt werden.	

2.7.1.2.7 GKV-SV Nummer 6 / KBV Nummer 5:

GKV-SV	DKG
Bei der Diagnosestellung einer seltenen Erkrankung ist die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen erforderlich. Das Zentrum soll daher institutionalisiert eine interdisziplinäre Sprechstunde für Patienten mit nicht gesicherten Diagnosen durchführen.	--

2.7.1.2.8 PatV/KBV Nummer 6 / DKG Nummer 8:

PatV	DKG
	Seltene Erkrankungen sind eine sehr heterogene Gruppe zumeist hochkomplexer Krankheitsbilder, die bei den Betroffenen zu einem hohen Leidensdruck führt. In den meisten Fällen verlaufen die Erkrankungen chronisch und gehen mit Invalidität und/oder eingeschränkter Lebenserwartung einher. Zu einem großen Teil beginnt die Symptomatik der Erkrankungen bereits im Kindesalter, in rund 80% der Fälle sind sie genetisch bedingt oder mitbedingt. Die meisten der seltenen Erkrankungen sind nicht heilbar. Darüber hinaus können zahlreiche Begleitfaktoren der

	Erkrankung wie z.B. Medikation, Stigmatisierung und Schmerz die soziale Funktionsfähigkeit beeinträchtigen und zu psychischen Funktionseinschränkungen führen. Die psychosoziale Betreuung dieser Patienten und ihrer Angehörigen hat neben der medizinischen Versorgung einen herausgehobenen Stellenwert. Die Konzeption sollte das Spektrum der psychosozialen Versorgungsleistungen, wie beispielsweise Selbsthilfeangebote, psychosoziale Beratungs- und Präventionsleistungen, diagnostische Abklärung des Vorliegens einer komorbiden psychischen Erkrankung, psychotherapeutische Krisen-/Kurzinterventionen und/oder Psychotherapie im Einzel-/Gruppensetting umfassen.

2.7.1.2.9 DKG Nummer 9:

GKV-SV	DKG
--	Auch für die seltenen Erkrankungen sind Patientenorganisationen/Selbsthilfegruppen Experten in eigener Sache mit einem besonderen Interesse an der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Förderung der Forschung. Zentren für seltene Erkrankungen arbeiten strukturiert und eng mit ihnen zusammen. Dies kann beispielsweise die Beteiligung an Schulungen für Ärzte, nichtärztliche Therapeuten und Patientenvertreter, die Mitarbeit in Arbeitsgruppen, die Erarbeitung von Informationsmaterialien und die Information über aktuelle Vorhaben umfassen.

2.7.1.2.10 PatV Nummer 7:

PatV	

Da es zu den einzelnen Erkrankungen nur wenige Experten gibt, ist es wichtig, dass diese Konsilie und Fallkonferenzen mit niedergelassenen Fach-/Ärzten, mit Kollegen aus anderen Kliniken, aber auch mit den anderen Experten im In- und Ausland abhalten können. Eine spezialisierte Klinik muss die dafür notwendige Infrastruktur vorhalten. Wie oft dies von wem dann tatsächlich in Anspruch genommen wird, wird durch Faktoren bestimmt, die oft nicht von der Klinik beeinflusst werden können. Die Häufigkeit zeigt möglicherweise wie gefragt das Zentrum ist, bietet jedoch keinen Beleg für die Qualität des Zentrums. Eine Mindestzahl von Fallkonferenzen wird deshalb nicht verlangt.

2.7.1.2.11 PatV Nummer 8 / KBV Nummer 7:

PatV	

2.7.1.2.12 GKV-SV Nummer 7 / KBV Nummer 8 / PatV Nummer 9 / DKG Nummer 10:

GKV-SV	DKG
Der Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen soll eine möglichst vollständige, bundesweite Informationsplattform der Versorgungsangebote für Patienten mit seltenen Erkrankungen bieten. Daher wird hier verpflichtend gefordert, dass sich die Referenzzentren (Typ A Zentren) auf dieser Plattform registrieren.	Die Besonderheiten der seltenen Erkrankungen sowie die inhomogene regionale Verteilung spezialisierter Versorgungseinrichtungen erschweren Patienten und anderen Leistungserbringern die Identifikation geeigneter Ansprechpartner/Behandler. Die Kartierung der Versorgungslandschaft bildet über diesen Aspekt hinaus die Grundlage für die regionale, bundesweite wie auch internationale Strukturierung, Weiterentwicklung und Planung der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen

2.7.1.3 Absatz 3: Forschungstätigkeit**2.7.1.3.1 Nummer 1**

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Das Referenzzentrum wirkt aktiv an der Entwicklung von einheitlichen Diagnostik- und Therapiestandards für seltene Erkrankungen oder Gruppen von seltenen Erkrankungen mit. Dies sollte, soweit möglich, unter Einbeziehung der Patientenselbsthilfe erfolgen.	--

2.7.1.3.2 Nummer 2:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Das Zentrum wirkt aktiv an der Erforschung von seltenen Erkrankungen sowie an der Entwicklung von einheitlichen Diagnostik- und Therapiestandards mit. Die gewonnenen Erkenntnisse werden der Fachöffentlichkeit durch wissenschaftliche Publikationen zugänglich gemacht mit dem Ziel, Wissen weiterzugeben und fachliche Diskussionen voranzubringen.	--

2.7.1.3.3 Nummer 11:

GKV-SV/KBV	DKG
	Ein großer Teil der seltenen Erkrankungen ist genetisch bedingt bzw. mitbedingt. Mithilfe moderner humangenetischer Untersuchungsverfahren kann es gelingen, die Zahl der unbekannten seltenen Erkrankungen weiter zu verringern und neue Diagnostika und Therapeutika zu entwickeln. Die nationale und internationale Vernetzung mit anderen Arbeitsgruppen und Datenbanken ist vor diesem Hintergrund unabdingbar. Zentren für seltene Erkrankungen sollten Zugang zu einem Institut für Humangenetik bzw. einem Team für humangenetische Expertise haben, welches diese Voraussetzungen erfüllt. Eine entsprechend gestaltete vertragliche Kooperation mit einem geeigneten Institut für Humangenetik bzw. einem Team für humangenetische Expertise erfüllt diese Anforderung.

2.7.1.4 Absatz 4: GKV-SV Mindestfallzahlen / PatV Nummer 12:**2.7.1.4.1 GKV-SV Nummer 1 / PatV Nummer 12:**

GKV-SV	PatV
Das Zentrum deckt ein möglichst breites Spektrum an seltenen Erkrankungen ab und kann umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen vorweisen. Der Nachweis erfolgt über eine Mindestfallzahl an jährlich stationär in dem Zentrum behandelten Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung. Die Fallzahl der im Zentrum stationär behandelten Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung ist auf Basis des Musterdatensatzes „Kodierung von Seltenen Erkrankungen“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu ermitteln. Die Klassifikationsdatei ist kostenfrei auf der Website des DIMDI verfügbar: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=alpha-id/seltene-erkrankungen. Die jeweils aktuelle Alpha-ID-SE des DIMDI ist im Krankenhausinformationssystem hinterlegt, sodass die korrekte Orpha-Kennnummer zusätzlich zum ICD-10-GM-Kode kodiert wird. Hierdurch soll die Datengrundlage zu Art und Anzahl der bundesweit behandelten seltenen Erkrankungen verbessert werden.	Dass die Zentren ihre Versorgungsdaten mit Hilfe der Alpha ID-SE und der Orphanetkennnummer kodieren ist von herausragender Bedeutung, damit einerseits mehr Evidenz über die Seltenen Erkrankungen gesammelt und andererseits Transparenz über die Versorgungslandschaft hergestellt werden kann. Eine Verbesserung der Evidenz im Bereich Seltener Erkrankungen ist für die Betroffenen von existentieller Bedeutung. Mit der Orphanetkodierung werden die Seltenen Erkrankungen in ganz Europa gleich kodiert. Hierdurch wird die Interoperationalität von Registern und der Wissensaustausch zwischen Experten erleichtert. Damit die Orphanetkennnummer – auch OrphaCodes genannt – auf dem Stand der Wissenschaft sind, werden sie zurzeit von den verschiedenen European Reference Networks (ERNs) überarbeitet. Dass die Zentren mit Hilfe der Alpha ID-SE und der Orphanetkennnummer kodieren müssen, ist eine wichtige Qualitätsvoraussetzung. Es gibt zurzeit keine verlässlichen Daten, welche Kliniken bzw. welche Ärzte welche Erkrankungen behandeln und wie oft. Im Moment kann noch nicht mit der Orphanetkennnummer kodiert werden, weil die dafür notwendige Liste zurzeit vom DIMDI finalisiert wird und diese anschließend dann noch in der Abrechnungssoftware der Krankenhäuser integriert werden muss. Erst wenn genügend Abrechnungsdaten mit der neuen Kodierung gesammelt worden sind, können Überlegungen angestellt werden, ob für die Zentren Anforderungen zu Mindestmengen formuliert werden sollten. Die Berichte, die die Zentren über Art und Anzahl ihrer Behandlungen erstellen müssen, tragen zu einer Einschätzung über die Expertise und Erfahrung des Zentrums bei.

2.7.1.4.2 Nummer 2:

GKV-SV	PatV
Das Zentrum stellt seine Expertise regelmäßig anderen Krankenhäusern zur Verfügung, indem es Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser durchführt. Zum Nachweis der erforderlichen Durchführungsroutine werden jährlich mindestens 50 Fallkonferenzen erbracht; diese können auch telemedizinisch erbracht werden. Die Anzahl der Fallkonferenzen stellt eine Gesamtzahl für das A Zentrum dar. Die einzelnen integrierten Fachzentren sind einzubinden, wenn dies fachlich geboten ist. Es wird jedoch nicht gefordert, dass jedes integrierte Fachzentrum an jeder der 50 Fallkonferenz teilnehmen muss.	--

2.7.1.5 Absatz 5: GKV-SV Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

GKV-SV	
Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Zentrum für seltene Erkrankungen verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch § 2 Nr. 4). Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums für seltene Erkrankungen und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.	

2.7.2 § 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV	
Hier werden die besonderen Aufgaben von Zentren für seltene Erkrankungen festgelegt. Ein Zentrum für seltene Erkrankungen kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.	

2.7.2.1 GKV-SV Nummer 1:

GKV-SV	
Die Erstdiagnose einer seltenen Erkrankung erfolgt zumeist in einem Zentrum mit besonderer Expertise in der Diagnostik seltener Erkrankungen. Die langfristige Betreuung der Patienten erfolgt hingegen i.d.R. wohnortnah. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser, welche die regelhafte wohnortnahe Versorgung der Patienten übernehmen, in der Therapieplanung durch Beratungsleistungen und Fallkonferenzen. Beratungsleistungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	

2.7.2.2 GKV-SV Nummer 2 / DKG Nummer 1/KBV/PatV Nummer 1:

GKV-SV	DKG
Zentrumsbezogene Fortbildungsveranstaltungen zu seltenen Erkrankungen sind zuschlagsfähig, da die Zentren das nur an wenigen Standorten vorhandene Expertenwissen weitervermitteln sollen, um Mitarbeiter anderer Krankenhäuser dafür zu sensibilisieren, das mögliche Vorliegen einer seltenen Erkrankung zu erkennen. Voraussetzung ist, dass die Fortbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	Eine maßgebliche Aufgabe sämtlicher Zentren ist es, krankheitsspezifisches Wissen zu verbreiten und so die Versorgung der Patienten langfristig zu optimieren. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, gehört zu den Kernaufgaben eines Zentrums und wird in einer Vielzahl der Anforderungsbögen genannt. Dabei kann die Beteiligung an diesen Maßnahmen unter anderem durch die Ausarbeitung von Curricula, Lernmaterialien oder die Durchführung von Lehrveranstaltungen erfolgen.

2.7.2.3 GKV-SV Nummer 3:

GKV-SV	
Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	

2.7.2.4 GKV-SV Nummer 4:

GKV-SV/KBV/PatV	
Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums für seltene Erkrankungen und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	

2.7.2.5 GKV-SV Nummer 5 / PatV Nummer 2 / DKG Nummer 2:

GKV-SV	PatV	DKG
Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch tele-medizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	Nicht nur die Erbringung von Beratungsleistungen oder die Durchführung von Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser verursachen Mehrkosten für die Kliniken. Auch die Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen innerhalb des eigenen Krankenhauses bedürfen deutlich mehr Aufwand für Koordination, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung als reguläre Arztkonferenzen in der Fachabteilung. Die für die Zentren vorgesehenen Fallkonferenzen brauchen eine Unterstützungsstruktur, die so in der Vergütung der	Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Leistungserbringer des Netzwerks verfügbar sein. Diese Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer können daher auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).

	Krankenhäuser nicht vorgesehen ist. Es geht hier nicht um die Vergütung von einzelnen Fallkonferenzen zu einzelnen Patienten, sondern um die Finanzierung der Strukturen, die zur Durchführung dieser Konferenzen notwendig sind.	

2.7.2.6 GKV-SV Nummer 6 / PatV Nummer 3 / DKG/KBV Nummer 2:

GKV-SV	PatV	DKG
Das Register bündelt die Daten zu seltenen Erkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Zu beachten ist, dass zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges nationales oder internationales Register etabliert werden sollte. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.	Ein Kernproblem in der Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen ist, dass es vielfach nicht genug Wissen über die Prävalenz, die Inzidenz, den natürlichen Krankheitsverlauf, die Erfolge bzw. Misserfolge bestimmter Behandlungen, Komorbidität etc. gibt. Nur wenn systematisch gute Patientenregister geführt werden, kann das Wissen über Seltene Erkrankungen verbessert werden. Es ist nicht hilfreich, wenn es viele verschiedene Patientenregister gibt, deren Daten gegebenenfalls noch nicht mal für alle zugänglich sind. Das Zentrum sollte sich unbedingt an Registern beteiligen, die eine hohe Qualität sicherstellen und ihre Daten für die Forschung verfügbar machen. Die Registererstellung ist nur sinnvoll und dann auch wichtig, wenn es kein allgemein anerkanntes Register gibt.	Dokumentationsleistungen in Form der Erstellung, Führung und Auswertung eines Registers werden als besondere Aufgaben benannt, da sie nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden.

2.7.2.7 GKV-SV Nummer 7 / PatV Nummer 4 / DKG Nummer 3:

GKV-SV	PatV	DKG
Je weniger Menschen es mit einer bestimmten seltenen Erkrankung gibt, umso geringer ist auch das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten. Versorgungsangebote für einzelne seltene Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen werden zudem nur an wenigen Standorten bundesweit vorgehalten. Daher sollen Patienten durch einen ärztlichen Lotsen darin unterstützt werden, die für ihre Erkrankung geeigneten Behandlungsangebote zu identifizieren. Darüber hinaus ist eine Vernetzung der Zentren untereinander von hoher Relevanz. Die Koordinierungsaufgaben zwischen den verschiedenen Fachzentren und Referenzzentren sind übergreifende Aufgaben, welche sich nicht einem einzelnen Krankenhausfall zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	Die Qualitätsanforderungen sollten sicherstellen, dass die wirklich spezialisierten Kliniken die zusätzliche Vergütung erhalten und anderen diese Vergütung verwehrt bleibt. Zugleich sollten Qualitätsanforderungen formuliert werden, die für die Kliniken ohne unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand belegbar sind. Die aufgeführten SOPs beschäftigen sich mit Kernprozessen der Zentren für Seltene Erkrankungen, die im Innovationsfondsprojekt TRANSLATE-NAMSE konkretisiert worden sind. Auch wenn die Qualität der SOPs an sich nur bedingt überprüft werden kann, ist die Erarbeitung und das Vorhalten solcher standardisierten Verfahrensweisen ein wichtiges Indiz für qualitativ hochwertige und nicht nur gelegentliche Arbeit in der Versorgung von Menschen mit bestimmten Seltenen Erkrankungen.	Lotsen spielen eine zentrale Rolle bei der täglichen intersektoralen, interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsweise des Zentrums. Bei den Lotsen handelt es sich um erfahrene ärztliche oder nichtärztliche Mitarbeiter, die konstante Ansprechpartner für Patienten und Angehörige während der oft monatelangen stationären Behandlung in allen Phasen der Erkrankung sind. Sie sind zumeist der Erstkontakt für externe und interne Zuweiser, führen Erstgespräche mit den Patienten, organisieren die weitere Diagnostik und Behandlung, insbesondere die interdisziplinären Sprechstunden, sorgen für eine reibungslose Aufnahme und Entlassung im stationären Bereich und vermitteln den Kontakt zu weiteren Leistungserbringern. Dieses Angebot sorgt insbesondere an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung („Sektorengrenze“) für eine Kontinuität der Behandlung

2.7.2.8 GKV-SV Nummer 8 / KBV Nummer 3 / PatV Nummer 5:

GKV-SV	PatV
Die Informationsplattform soll einen möglichst vollständigen, bundesweiten Überblick über die Versorgungsangebote für Patienten mit seltenen Erkrankungen bieten. Daher wird als Qualitätsanforderung an die Referenzzentren (Typ A Zentren) und an die in einem Referenzzentrum organisierten Fachzentren (Typ B Zentren) unter § 1 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe i und § 1 Absatz 2 Nummer 9 eine verpflichtende Registrierung auf dieser Plattform festgelegt. Da diese Informationen an einer zentralen Stelle gebündelt und öffentlich bereitgestellt werden sollen, wird hier explizit der Versorgungsatlas für Menschen mit Seltene Erkrankungen adressiert, der mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Gesundheit auf Basis eines Beschlusses des Deutschen Bundestages aufgebaut wurde.	Der se-atlas, die deutschlandweite Kartierung von Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Seltenen Erkrankungen, wurde im Rahmen des NAMSE entwickelt und vom Bundesministerium für Gesundheit initial gefördert. Ziel der webbasierten Informationsplattform ist es, die Versorgungslandschaft für seltene Erkrankungen leicht zugänglich und transparent darzustellen. Die verwendeten Daten bauen auf verschiedenen bereits bestehenden Datenquellen auf, die im se-atlas zusammengeführt werden, z.B. von Selbsthilfeorganisationen genannte Einrichtungen, Daten von Orphanet Deutschland, von Fachgesellschaften zertifizierte Einrichtungen etc.. Die Projektfinanzierung des SE-Atlas ist abgelaufen. Nur wenn die Pflege des SE-Atlas als Besondere Aufgabe weiterfinanziert wird, kann gewährleistet werden, dass die Teilnahme am se-atlas, die in den Qualitätsanforderungen verlangt wird, auch möglich

2.7.2.9 GKV-SV Nummer 9 / PatV Nummer 6:

GKV-SV	
Seltene Erkrankungen werden zu einem sehr hohen Anteil erstmals im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert. Ein Transitionskonzept ist erforderlich, um einen koordinierten Übergang dieser Patienten in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen.	

2.7.2.10 KBV Nummer 4 / DKG Nummer 5:

	DKG
	Die interdisziplinären Fallkonferenzen und Konsile werden verknüpft mit der Bedingung, dass diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Diese Leistungen werden auch vom Gesetzgeber als besondere Zentrumsaufgaben genannt.

2.7.2.11 KBV Nummer 7 / DKG/KBV Nummer 5:

	DKG
	Eine maßgebliche Aufgabe sämtlicher Zentren ist es, krankheitsspezifisches Wissen zu verbreiten und so die Versorgung der Patienten langfristig zu optimieren. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, gehört zu den Kernaufgaben eines Zentrums und wird in einer Vielzahl der Anforderungsbögen genannt. Dabei kann die Beteiligung an diesen Maßnahmen unter anderem durch die Ausarbeitung von Curricula, Lernmaterialien oder die Durchführung von Lehrveranstaltungen erfolgen. Das Zentrum kann für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durchführen. In interdisziplinären Expertengremien die jeweils von einem Koordinator geleitet werden, arbeiten Vertreter aller klinischen Disziplinen, die an der Versorgung von Patienten mit der betreffenden Erkrankung beteiligt sind, zusammen. Die Aufgaben umfassen die Optimierung der klinischen Versorgung sowie die Entwicklung translationaler Forschungsschwerpunkte

2.7.2.12 DKG Nummer 6:

PatV	DKG
	Hier entstehen in erster Linie spezielle Vorhaltungs- und Betriebskosten aufgrund besonderer Anforderung. Hierzu gehören beispielsweise die besonderen Aufgaben von Einrichtungen mit speziellen strahlentherapeutisch nuklearmedizinischen Verfahren (z. B. Protonen-/Schwerionentherapie), die innovative Spezialdiagnostik/Speziallabore und Hochdurchsatzverfahren (z. B. Biomarker, quantitative Massenspektrometrie, NGS, Paneldiagnostik) oder Gewebe/Biobanken oder HLA-kompatible Apheresethrombozytenkonzentrate vorhalten. An einzelnen Standorten kann sich die Notwendigkeit ergeben, außergewöhnliche Fachexpertise und technische Angebote vorzuhalten, die gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern herausstechen. Außergewöhnlich bedeutet mehr als ein besonderes Leistungsangebot. Hier soll es auch in Zukunft möglich sein, für einzelne Standorte entsprechende besondere Aufgaben der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote bzw. der Vorhaltung außergewöhnlicher Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen festzusetzen.

2.7.2.13 Nummer 7:

PatV	DKG
Die strukturierte Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ist mittlerweile ein anerkannter Qualitätsstandard und unumstritten. Die Kooperation mit der Selbsthilfe für Seltene Erkrankungen ist durch die Seltenheit der Erkrankungen komplexer und zweitaufwendiger. Es bedarf Mitteln, damit das Zentrum eine Person benennen kann, die speziell für die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zuständig ist. Außerdem bedarf es Mitteln	Die Zusammenarbeit mit maßgeblichen Patientenorganisationen ist eine der Forderungen des NAMSE und wird auch von der Bundesärztekammer als Qualitätsmerkmal einer patientenzentrierten Versorgung in

für Tagungen und Besprechungen, damit die Erstellung von gemeinsamen Informationsmaterialien, die Durchführung von gemeinsamen Sprechstunden, die gemeinsame Erarbeitung von Leitlinien etc. auch tatsächlich umgesetzt werden können.	Zentren genannt. 2 Sie sichert die Berücksichtigung der Patientensichtweise und legt die Grundlage für deren Integration in sämtliche Abläufe des Zentrums.

2.7.2.14 DKG Nummer 8:

GKV-SV	DKG
--	Die Abbildung von Zentren, Netzwerken oder Kliniken in geeigneten Medien soll Patienten den Zugang zur spezialisierten Versorgung erleichtern und wird z. B. auch in den Zertifizierungsverfahren der entsprechenden Zentren gefordert. Insbesondere wenn zeitkritische Therapieentscheidungen anliegen oder fachliche Expertise nur in geringem Maße verfügbar ist, erleichtert eine Auflistung das Auffinden eines entsprechenden Experten. Somit wird Patienten eine teils langwierige Odyssee erspart und dem einweisenden Arzt eine Orientierung geboten, an welche Spezialisten der Patient verwiesen werden kann.

2.7.2.15 DKG Nummer 9:

GKV-SV	DKG
	Durch die am Zentrum vorhandene besondere Fachexpertise werden andere Leistungserbringer bspw. durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten unterstützt. Im Zentrum werden der Informationsfluss

2 Entnommen hier: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/zentren-und-zertifizierung/qualitaetsmerkmale/muster/kategorie-2/>, abgerufen am 10. Juli 2019

	durch besondere Maßnahmen, z. B. persönliche Kommunikation oder spezielle Medien sichergestellt. Insbesondere die Unterstützung von Mit- und Weiterbehandlern (z.B. Hausärzte, Pädiater, Humangenetiker, Gynäkologen, Psychotherapeuten, Programmverantwortliche Ärzte im Screening, Reha-Einrichtungen) ist durch entsprechende Rückmeldesysteme zu gewährleisten.

2.7.2.16 DKG Nummer 10:

GKV-SV	DKG
--	Die besonderen Aufgaben entstehen aus der besonderen Fachexpertise im Zentrum. Die Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind u.a. die Koordination der Aktivitäten und Projekte im Zentrum, z. B. Informationsveranstaltungen mit allen Kooperationspartnern des Zentrums, Einführung einer Zentrums-Software, Koordination und Umsetzung einheitlicher Fortbildungen, auch bei Kernleistungserbringern. Ein weiteres Feld betrifft die Überwachung der Einrichtung, Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems im Zentrum; die Koordination der Änderungen und Genehmigung der Weitergabe von Patientenpfaden, deren Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards, Informationsblätter usw. Eine weitere besondere Aufgabe des Managements eines Netzwerkes kann in der Kontrolle von "SE-Boards", und der Informationsübermittlung an die Geschäftsführungen der beteiligten Krankenhäuser und der Überprüfung des Erfüllungsgrades der Qualitätsziele anhand des internen Qualitätsberichts und Initiierung von Verbesserungen begründet sein.. Ohne die Netzwerkkoordination wären die wesentlichen Aufgaben wie Qualitätsmanagement, Dokumentation, Fortbildung und Information sowie Wissenschaft und Evaluation nicht zu bewerkstelligen.

	Der Einsatz von Brückenpflegepersonal ist Teil eines Betreuungsnetzwerks mit folgende Aufgaben und Schwerpunkten: • Entlassungsplanung. • Entwicklung eines Konzepts mit allen Beteiligten zur zukünftigen Versorgung und Betreuung, Kontaktaufnahme und Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten, ambulanten Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten etc. • Organisation von Pflegehilfsmitteln, Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Betreuung zu Hause, Schulung von Patienten/Bezugspersonen in grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen, Beratung und Antragstellung der Pflegeversicherung, über weitere Hilfsdienste. z.B. Selbsthilfegruppen/Beratungsstellen, bezüglich Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Psychosoziale Begleitung. Die Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, und die Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken beinhaltet eine Vielzahl von differenzierten Aufgaben. Das Zentrum führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations-und Fortbildungsveranstaltungen durch. Hierunter sind bspw. auch zu fassen: • stationäre Palliativmedizin: Vereinbarung mit Behandlungspartnern, in der die stationäre palliativmedizinische Versorgung geregelt wird. • Hospiz: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird. • Schmerztherapie: Vereinbarung, die bei Bedarf die Betreuung durch einen Arzt für Schmerztherapie sicherstellt.

	• Genetische Beratung und Gentest: Das Zentrum kooperiert mit einem speziellen Zentrum • Selbsthilfegruppen: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird.

2.7.2.17 DKG Nummer 11:

GKV-SV	DKG
--	Bei den besonderen Aufgaben setzt das Zentrum lediglich die Kosten für die regelmäßige Betreuung aller Patienten an, nicht die Therapiekosten bei weiterführender Intervention entsprechend der Regelversorgung.

2.7.2.18 DKG Nummer 12:

GKV-SV	DKG
--	SOPs sind adaptierte, klinische Leitlinien, basierend auf den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie werden im Zentrum ausgearbeitet und jährlich aktualisiert. Die SOPs beinhalten beispielsweise differenzierte Empfehlungen zur Indikation interdisziplinärer Mitbetreuung, Empfehlungen, wann ein Patient im „SE-Board“ vorgestellt werden sollte und Kontaktinformationen zu psychosozialen Angeboten. Die Leitlinien werden in interaktiver Form bereitgestellt. Die SOPs werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert

2.7.2.19 PatV Nummer 8 / DKG Nummer 13:

PatV	DKG
Für die Behandlung der etwa 8.000 verschiedenen Seltenen Erkrankungen bedarf es sehr unterschiedlicher Expertise. Abgesehen von spezialisierten Ärzten bedarf es bei manchen Erkrankungen einer ganz besonderen Physiotherapie, andere haben solche außergewöhnlichen Belastungen, dass sie speziell qualifizierte Psychotherapie benötigen, wieder andere brauchen Logopädie oder spezielle Hilfsmittel. Wenn diese Expertise durch die Seltenheit der Erkrankungen nicht oft genug abgerechnet werden kann, um in der regulären Versorgung vorgehalten werden zu können, sollten für die Vorhaltung Zuschläge gezahlt werden.	siehe Nummer 6

2.7.2.20 DKG Nummer 14:

GKV-SV	DKG
	Um eine fachgemäße Wahrnehmung der Anforderungen und Aufgaben zu gewährleisten hat sich eine Vielzahl an Zertifizierungsverfahren etabliert, die gleichermaßen unterschiedliche Differenzierungsgrade erkennen lassen. Besonders hervorzuheben sind solche die systematisch, organisatorisch und wissenschaftlich durch Fachgesellschaften ausgestaltet oder in Folge von staatlichen Initiativen ins Leben gerufen wurden. Diesen anerkannten Zertifizierungsvorgängen ist gemein, dass sie sowohl durch detaillierte Nachweise als auch langwierige, aufwändige und kostenintensive Prüfungsverfahren die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen und Aufgaben gewährleisten sollen. Sie richten sich in der Regel nach dem spezifischen Bedarf und den Bedürfnissen der jeweiligen Patientengruppen (siehe auch Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums, Bundesärztekammer 2015), der Inzidenz und Prävalenz der zu behandelnden Erkrankungen und berücksichtigen

	sowohl regionale als auch räumliche Gegebenheiten und Besonderheiten. Hierdurch werden Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der Zentrumsanforderungen zu besonderen Aufgaben.

2.7.2.21 DKG Nummer 15:

GKV-SV	DKG
	Die ärztlichen und nichtärztlichen Lotsen erfüllen in den Zentren für seltene Erkrankungen eine herausgehobene Funktion mit sehr unterschiedlichen Aufgaben. Diese reichen von der Sichtung von Patientenunterlagen, Terminvergaben für Sprechstunden, die Organisation von Fallbesprechungen, die Planung einer stationären Aufnahme bis hin zur Vermittlung von Patienten an geeignete Experten. Neben Ärzten (beim Vorliegen einer unklaren Diagnose) sind für diese Position auch gebildete, besonders geschulte medizinische Laien vorgesehen. Neben der Vermittlung von krankheitsbezogenem Grundlagenwissen sind die Lotsen insbesondere in Themen des Sozialrechts, der Beratung und Vernetzung sowie der Öffentlichkeitsarbeit zu schulen. Gleiches gilt z. B. auch für Case-Manager, die die Patienten innerhalb eines Zentrums durch die Behandlung bis hin zur Organisation der poststationären Versorgung begleiten. Die spezielle Qualifizierung von geeignetem Personal, wie auch die Organisation von Lotsentreffen, geht weit über die regelhaften einrichtungsinternen Fortbildungsmaßnahmen hinaus. Die beschriebenen fachspezifischen Qualifizierungsmaßnahmen stellen einen zusätzlichen Aufwand dar und erfüllen die Kriterien einer besonderen Aufgabe.

2.7.2.22 PatV Nummer 9:

PatV	
Die Qualität der Eingabe bestimmt die Qualität des Registers. Hierzu bedarf es deshalb in der Dokumentation qualifiziertes Personal. Ärzte sind dies in der Regel nicht und sie haben dazu außerdem auch keine Zeit. Für die Eingabe von Daten muss das Zentrum entsprechend qualifizierte Mitarbeiter beschäftigen.	

2.7.2.23 PatV Nummer 10:

PatV	
Die Experten der Zentren kennen sich in den jeweiligen Erkrankungen besonders gut aus, oft als einziger oder als einer von sehr wenigen Experten. Damit diese Informationen für das System nachhaltig allgemein zugänglich sind, müssen Krankheitsbeschreibungen und idealerweise Leitlinien verfasst und veröffentlicht werden.	

2.7.2.24 PatV Nummer 11:

PatV	
Menschen mit Seltenen Erkrankungen gehören zu einer sehr vulnerablen Minderheit. Eine Familie, die von einer Seltenen Erkrankung betroffen ist, ist in der Regel total überfordert. Die Erkrankung eines Kindes oder eines Familienmitglieds beeinflusst und belastet das Leben der gesamten Familie. Durch die Seltenheit der Erkrankung ist die Belastung besonders groß, weil die Bedürfnisse der Betroffenen für alle Entschei-	

dungsträger einen besonderen Fall darstellen, ob es um einen Schwerbehindertenausweis, Anpassung der Wohnung, Erstattung von Off-Label-Use, besonderer Hilfsmittel geht, stets müssen die Betroffenen ihre Erkrankungen erklären und überzeugen, dass sie die gefragten Hilfestellungen wirklich brauchen. Sie brauchen jemand an ihrer Seite, der sie einerseits auf Hilfsmöglichkeiten hinweist und für sie kämpft, dass sie sie dann auch bekommen und andererseits Verständnis für die Verzweiflung hat, die eine solche Lebenslage herrufen kann und helfen kann daraus zu finden.	

2.7.2.25 PatV Nummer 12:

PatV	
Die Qualitätsanforderung, dass eine interdisziplinäre Sprechstunde anzubieten ist, muss auch als Besondere Aufgabe finanziert werden. Es werden nur die Kosten für die Vorhaltung und Organisation einer solchen Sprechstunde finanziert. Die einzelnen Beratungen werden über EBM oder ggf. über DRGs abgerechnet.	

2.8 Anlage II - Anforderungen an Onkologische Zentren

2.8.1 § 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV	
Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.	

2.8.1.1 Absatz 1: Strukturelle Anforderungen

2.8.1.1.1 a)

GKV-SV	DKG
Am Standort des onkologischen Zentrums werden alle Fachgebiete vorgehalten, die ein breites diagnostisches Angebot und (nahezu) alle Behandlungsoptionen in der Onkologie ermöglichen. Die Vorhaltung der Fachabteilungen für Onkologie, Chirurgie und Radiologie sowie die 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen am Standort des Onkologischen Zentrums gewährleisten, dass rund um die Uhr qualifizierte Ansprechpartner für die Beratung anderer Leistungserbringer bei schwierigen onkologischen Problemkonstellationen (seltene onkologische Erkrankungen oder seltene hochkomplexe Konstellationen bei häufigen onkologischen Erkrankungen) zur Verfügung stehen.	Hat sich ein Zentrum spezialisiert auf die Behandlung einer speziellen Tumorentität, so kann das Kriterium einer Überörtlichkeit als Qualitätsanforderung greifen. Überörtlichkeit bedeutet, dass zehn Prozent der onkologischen Patienten mehr als 60 PKW-Fahrzeitminuten aufwenden, um sich im Zentrum behandeln zu lassen. Das Vorliegen eines überörtlichen Einzugsgebietes, unabhängig von der Anzahl der versorgten Tumorentitäten, zeigt die herausragende Stellung des Zentrums für die Versorgung einer gewissen Tumorentität. Mit der Initiierung des Nationalen Krebsplans wurde im Rahmen des Handlungsfeldes „Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung“ mit dem Ziel, einheitliche Konzepte und Bezeichnungen für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung und Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen zu etablieren, ein 3-Stufen Modell zur onkologischen Versorgung etabliert. Unabhängig von der Versorgungsstruktur (Organkrebszentrum, onkologisches Zentrum oder Onkologisches Spitzenzentrum) gelten für alle Zentren gemäß dem „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“ gleiche fachliche Qualitätsanforderungen. Andernfalls bietet das Zentrum

	ein spezialisiertes Versorgungsangebot für 3 Tumorentitäten (Organkrebszentrum/ Module) gemäß den im „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft beschriebenen Kriterien

2.8.1.1.2 b)

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
Um eine frühzeitige bedarfsgerechte Anbindung („early integration“) von Patienten an eine palliativmedizinische Versorgung zu gewährleisten, ist eine ständige Verfügbarkeit eines Palliativmediziners erforderlich. Dies ist regelhaft auch gegeben, wenn am Standort eine spezialisierte Palliativstation vorhanden ist. Um dieses Merkmal anhand von Routinedaten aufwandsarm überprüfen zu können, wurden in diesem Konzept der entsprechende OPS-Komplexe hinterlegt.	Nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung soll allen Patienten Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird. Die palliativmedizinische Versorgung umfasst dabei weit mehr als die Begleitung sterbender Patienten. Auch symptomlindernde und lebensverlängernde Maßnahmen wie z.B. gezielte Bestrahlungen, tumorwirksame Chemotherapien und operative Eingriffe, wenn die definitive Heilung nicht das Ziel ist, gehören vermehrt zu den palliativmedizinischen Leistungen. Sie werden in der Regel von palliativmedizinisch weitergebildeten Onkologen/Chirurgen erbracht, bzw. in die Wege geleitet und in die Behandlung integriert. Die ständige Verfügbarkeit eines Palliativmediziners oder das Vorhandensein einer spezialisierten Palliativstation ist in diesen Fällen nicht notwendigerweise erforderlich.

2.8.1.1.3 c)

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
Die Mindestanforderungen der Richtlinie für Kinderonkologie sind einzuhalten, um Aufgaben im Zusammenhang mit Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik gemäß dieser Richtlinie zu übernehmen (Aufgabe 9). Die Mindestfallzahl der im Zentrum behandelten Kinder- und Jugendlichen mit onkolo-	Die Versorgung kinderhämatoonkologischer Leistungen erfolgt unter Einhaltung der Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL).

gischen Diagnosen entspricht der geforderten Mindestfallzahl im Zertrechner der Deutschen Krebsgesellschaft und beruhen auf Expertenkonsens. Aufgrund der geringen Inzidenz kinderonkologischer Fälle sind hier nicht zwingend Primärfälle gefordert.	

2.8.1.1.4 d)

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
--	Detaillierte Informationen zu stationären Behandlungsoptionen von Krebserkrankungen sind sowohl für betroffene Patienten, niedergelassene Ärzte als auch weiterer, an der Versorgung krebserkrankter Patienten beteiligter Leistungserbringer von großer Bedeutung. Hierbei ist der möglichst niedrigschwellige Zugang zu entsprechenden Veröffentlichungen zu gewährleisten.

2.8.1.2 DKG Absatz 2: Besondere personelle und fachliche Anforderungen**2.8.1.2.1 a)**

GKV-SV/KBV/LV/PatV	DKG
--	Jedem stationären Patienten mit der Diagnose einer Krebserkrankung ist die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah anzubieten, um die mit der Diagnose verbundenen möglichen psychosozialen Folgeprobleme, die mögliche Einschränkung der Lebensqualität sowie möglichen Problemen in der Diagnosebewältigung frühzeitig zu erfassen und den Patienten entsprechend zu begleiten.

2.8.1.3 GKV-SV/KBV/PatV Absatz 2 / DKG Absatz 3: Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem onkologischen Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe auch § 2 Nr. 4). Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Onkologischen Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Onkologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.	§135a SGB V regelt die verpflichtende externe und interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus dienen in den onkologischen Zentren die Einrichtung klinikinterner, regelmäßig tagender Qualitätszirkel, interne Auditierungen, Patientenbefragungen, Ergebnisse aus dem Beschwerdemanagement, Einweiserbefragungen sowie die Einrichtung von M&M-Konferenzen der Identifikation von Problemen und der Ableitung qualitätsverbessernder Maßnahmen.

2.8.1.4 GKV-SV Absatz 3 / DKG Absatz 4: Forschungstätigkeit**2.8.1.4.1 a) & b)**

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Onkologischen Zentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher Überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligt sich das Zentrum an multizentri-	Die Beteiligung an klinischen Studien bzw. krankheits-/krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten ist für die Weiterentwicklung der Behandlung, der Früherkennung und ggf. der Prävention von Tumorerkrankungen unabdingbar. Die am Zentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten und zu veröffentlichen.

schen Studien mit Studienprotokoll, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinatorin eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.	

2.8.1.5 GKV-SV Absatz 4/ DKG Absatz 5: Kooperationen

GKV-SV/KBV/LV/PatV	DKG
Die regelmäßige, mindestens wöchentliche Durchführung einer Tumorkonferenz ist eine Anforderung der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe an ein Onkologisches Zentrum. Dabei sind folgende Fachdisziplinen verbindlich einzubeziehen: diagnostisches, operatives und ggf. organspezifisch-medikamentöses Fachgebiet, Radioonkologie, Hämatoonkologie und Onkologie, Radiologie und Pathologie (vgl. auch Anforderungen unter Nummer 1 Buchstabe a). Nach Bedarf sind weitere Fachgebiete oder Berufsgruppen in die Tumorkonferenz einzubeziehen. Auch die Einbindung der vertragsärztlichen Ebene soll bei Bedarf und sofern möglich erfolgen, um eine reibungslose Weiterbehandlung der Patienten in der ambulanten Versorgung zu unterstützen. Eine etablierte routinemäßige Durchführung interdisziplinärer Tumorkonferenzen ist erforderlich, um jederzeit entsprechende Tumorkonferenzen auch für Patienten andere Leistungserbringer durchführen zu können.	Der regelmäßige interdisziplinäre Austausch zu den in der Tumorkonferenz vorgestellten Patienten ermöglicht einen umfassenden fachlichen Austausch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Aufgrund der Bedeutung der vertragsärztlichen Ebene für die ambulante Versorgung der Patienten sind die Beiträge von niedergelassenen Kooperationspartnern hierbei zu berücksichtigen.

2.8.1.6 GKV-SV Absatz 5 / DKG Absatz 6: Mindestfallzahlen

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Es besteht Expertenkonsens darüber, dass sich ein Onkologisches Zentrum auf mehrere Organe oder Fachgebiete erstreckt (vgl. Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs vom 29.11.2018). Gemäß Definition der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe zeichnet sich ein Onkologisches Zentrum (ab drei Jahren nach Erstzertifizierung) durch besondere Kompetenz in mindestens drei der sechs gemessen an der Inzidenz bedeutendsten Tumorentitäten (Organkrebszentren) sowie mindestens zwei weiteren Tumorentitäten (Module) aus. Zusätzlich muss ein Geltungsbereich des Zentrums von mindestens 50 % erfüllt sein. Der Geltungsbereich des Zentrums wird mittels Tabelle 1 berechnet. Tabelle 1 orientiert sich an der Systematik des Zertrechners „Onkologisches Zentrum“ der Deutschen Krebsgesellschaft. Der Zertrechner wurde insofern modifiziert, als dass die Krebsneuerkrankungen (Inzidenzen) auf Basis der neusten verfügbaren Daten des Robert –Koch-Instituts aktualisiert wurden (Datenjahr 2014, Datenstand 29.11.2017). Es werden nur die Mindestprimärfallzahlen der Organkrebszentren und der Module für die Ermittlung des Geltungsbereichs berücksichtigt. Transitzentren, d.h. Krankenhäuser, die erstmals eine Zertifizierung als Onkologisches Zentrum anstreben und nur eine übergangsweise reduzierte Mindestprimärfallzahl erfüllen, werden nicht berücksichtigt. Grund hierfür ist, dass besondere Aufgaben von bereits etablierten Zentren übernommen werden sollen, die seit mindestens drei Jahren über die besondere Expertise eines onkologischen Zentrums verfügen. Im Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs werden derzeit für die Tumorentitäten Sonstige gastrointestinale Tumoren (Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren, Dünndarm-Tumoren), Endokrine Malignome (inkl. Schilddrüse, Nebenniere), Lymphom, Leukämie, Hämatologische Systemerkrankungen (Plasmocytom, u.a.) und Hoden/Penis keine Mindestprimärfallzahlen ausgewiesen. Der Grund hierfür liegt in weitgehend fehlenden S 3 Leitlinien für diese z. T. sehr seltenen Tumorentitäten. Um diese	Die im „Zertrechner Onkologisches Zentrum“ ermittelten Mindestprimärfälle/Mindestzentrumsfälle sind die Grundlage für die Zertifizierung von onkologischen Zentren.

Tumorentitäten für den Geltungsbereich anerkennen zu können, wurden die Mindestfallzahlen konservativ anhand von vergleichbaren Inzidenzen anderer Tumorerkrankungen ermittelt. Die Angabe von Primärfallzahlen motiviert sich aus der Absicht, dass Patienten nach Stellung der Diagnose fallabschließend in einem einzigen onkologischen Zentrum behandelt werden sollten.

Die Anforderungen in § 1 Abs. 4 und 5 können durch eine erfolgreiche Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. für ein Onkologisches Zentrum mit mindestens fünf zertifizierten Organkrebszentren/ Modulen, davon mindestens drei Organkrebszentren, nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen unter § 1 Abs. 4 und 5 entsprechen.

2.8.2 § 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV	
Hier werden die besonderen Aufgaben von onkologischen Zentren festgelegt. Ein onkologisches Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.	

2.8.2.1 Nummer 1:

GKV-SV/PatV	KBV	DKG
Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	Patienten mit onkologischen Erkrankungen werden in den meisten Fällen sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor regelmäßig betreut und versorgt. Wird ein Fall bei einer interdisziplinären Fallkonferenz in einem Zentrum diskutiert, sollen, wenn möglich, alle an der Versorgung beteiligten Ärzte, unabhängig vom Versorgungssektor, hinzugezogen werden. So lässt sich sowohl der Wissenstransfer, als auch die Kontinuität der Versorgung über Sektorengrenzen hinweg für den Patienten steigern.	Die interdisziplinären Fallkonferenzen und Konsile werden verknüpft mit der Bedingung, dass diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Diese Leistungen werden auch vom Gesetzgeber als besondere Zentrumsaufgaben genannt. Tumorboards sind hochspezialisierte Fallbesprechungen, die organisatorisch weit über eine normale Fallbesprechung (z.B. Abteilungs- oder Stationsbesprechung) hinausgehen. Voraussetzung für ein funktionsfähiges Tumorboard ist die Teilnahme erfahrener Ärzte aus den sogenannten Kernfächern (z.B. Strahlentherapie, Radiologie, Chirurgie, Hämatologie, Nuklearmedizin, Pathologie), wobei die Zusammensetzung je nach Erkrankung und Thema variiert. Für die Tumorboards müssen die zu besprechenden Fälle terminiert werden, um einen geregelten Ablauf sicher zu stellen.

2.8.2.2 Nummer 2:

GKV-SV	KBV	DKG
Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	Eine grundlegende besondere Aufgabe der Zentren stellt die Weitergabe von Expertenwissen und Erfahrungen im Umgang mit onkologischen Erkrankungen dar. Um eine möglichst kontinuierliche und auf neusten Erkenntnissen beruhende Versorgung für den einzelnen Patienten zu erleichtern, sollen Fortbildungsveranstaltungen zur Diagnostik und Behandlung von Menschen mit onkologischen Erkrankungen auch Vertragsärzten mit entsprechenden Patienten offenstehen.	Eine maßgebliche Aufgabe sämtlicher Zentren ist es, krankheitsspezifisches Wissen zu verbreiten und so die Versorgung der Patienten langfristig zu optimieren. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, gehört zu den Kernaufgaben eines Zentrums und wird in einer Vielzahl der Anforderungsbögen genannt. Dabei kann die Beteiligung an diesen Maßnahmen unter anderem durch die Ausarbeitung von Curricula, Lernmaterialien oder die Durchführung von Lehrveranstaltungen erfolgen. Das Zentrum kann für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durchführen. Hier können beispielhaft Interdisziplinäre Onkologischen Projektgruppen (IOP) genannt werden. Interdisziplinäre onkologische Projektgruppen existieren für die einzelnen Tumorentitäten bzw. Arbeitsbereiche. Es handelt sich bei ihnen um interdisziplinäre Expertengremien zu einzelnen Tumorentitäten oder Arbeitsbereichen, die jeweils von einem Koordinator geleitet werden. In ihnen arbeiten Vertreter aller klinischen

		Disziplinen, die an der Versorgung von Patienten mit der betreffenden Tumordiagnose beteiligt sind, zusammen. Die Aufgaben umfassen die Optimierung der klinischen Versorgung sowie die Entwicklung translationaler Forschungsschwerpunkte.

2.8.2.3 Nummer 3:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	Durch die am Zentrum vorhandene besondere Fachexpertise werden andere Leistungserbringer bspw. durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten unterstützt. Das Zentrum dient darüber hinaus als Anlaufstelle bei speziellen Fragestellungen anderer Leistungserbringer.. Im Zentrum wird der Informationsfluss durch besondere Maßnahmen, z. B. persönliche Kommunikation oder spezielle Medien sichergestellt. Insbesondere die Unterstützung von Mit- und Weiterbehandlern (z.B. Hausärzte, Onkologen Gynäkologen, Psychotherapeuten, Programmverantwortliche Ärzte im Screening, Reha-Einrichtungen) ist durch entsprechende Rückmeldesysteme zu gewährleisten.

2.8.2.4 Nummer 4:

GKV-SV/PatV	DKG
Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des onkologischen Zentrums und sei-	Um eine fachgemäße Wahrnehmung der Anforderungen und Aufgaben zu gewährleisten hat sich eine Vielzahl an Zertifizierungsverfahren etabliert, die gleichermaßen unterschiedliche Differenzierungsgrade erken-

ner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das onkologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	nen lassen. Besonders hervorzuheben sind solche die systematisch, organisatorisch und wissenschaftlich durch Fachgesellschaften ausgestaltet oder in Folge von staatlichen Initiativen ins Leben gerufen wurden. Diesen anerkannten Zertifizierungsvorgängen ist gemein, dass sie sowohl durch detaillierte Nachweise als auch langwierige, aufwändige und kostenintensive Prüfungsverfahren die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen und Aufgaben gewährleisten sollen. Sie richten sich in der Regel nach dem spezifischen Bedarf und den Bedürfnissen der jeweiligen Patientengruppen (siehe auch Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums, Bundesärztekammer 2015), der Inzidenz und Prävalenz der zu behandelnden Erkrankungen und berücksichtigen sowohl regionale als auch räumliche Gegebenheiten und Besonderheiten. Hierdurch werden Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der Zentrumsanforderungen zu besonderen Aufgaben.

2.8.2.5 Nummer 5:

GKV-SV/PatV	DKG
Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	Aufgrund der besonderen fachlichen und diagnostischen Expertise steht das Zentrum als Ansprechpartner für weitere stationäre Leistungserbringer und nachbehandelnde Einrichtungen zur Verfügung. Verschiedene diagnostische Leistungen (z. B. Bildgebung, Interpretation von spezialisierten Labor- und sonstigen Untersuchungen) können hierbei telemedizinisch erbracht werden. Sofern der Inhalt, der Aufwand und die Konstellation dieser Leistungserbringung über eine rein konsiliarische Leistung hinausgeht und nicht als solche vergütet wird, sind die Kriterien einer besonderen Aufgabe erfüllt.

2.8.2.6 GKV-SV/KBV/PatV/LV Nummer 6 / DKG Nummer 6-7:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Das Tumorregister bündelt die Daten zu onkologischen Erkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Zu beachten ist, dass zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges bundesweites Register etabliert werden sollte. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. Nicht zuschlagsfähig sind die klinischen Krebsregister gemäß § 65c SGB V, da diese bereits auf Basis anderer gesetzlicher Regelungen finanziert werden.	Dokumentationsleistungen in Form der Erstellung, Führung und Auswertung eines Registers werden als besondere Aufgaben benannt, da sie nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden.

2.8.2.7 GKV-SV Nummer 7 / DKG Nummer 8:

GKV-SV/PatV	DKG
Die ganzheitliche Behandlung onkologischer Patienten stellt besondere Anforderungen an die bedarfsbezogene Beratung und Vermittlung von ergänzenden Therapie- und Hilfsangeboten. Zuschlagsfähig ist die Vorhaltung von Personal mit einer spezifischen Qualifikation für die Wahrnehmung dieser Aufgabe.	Ein Zentrum gewährleistet die psychosoziale oder psychoonkologische Basisversorgung und stellt erforderlichenfalls spezifische Maßnahmen der Patientenunterstützung zur Verfügung oder leitet diese ein. Bei den besonderen Aufgaben setzt das Zentrum lediglich die Kosten für die regelmäßige Betreuung aller Patienten an, nicht die Therapiekosten bei weiterführender Intervention entsprechend der Regelversorgung.

2.8.2.8 GKV-SV Nummer 8 / DKG Nummer 9:

GKV-SV/PatV	DKG
Leistungen, die Bestandteil der G-BA-Richtlinien sind, sind im Regelfall bereits durch DRG-Fallpauschalen oder sonstige Entgelte abgegolten und daher nicht zuschlagsfähig. Im Falle der Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten wird eine Ausnahme in Bezug auf die Therapieoptimierungsstudien und die damit verbundene einheitliche Referenzdiagnostik formuliert. Grund hierfür ist, dass die Kosten für Forschungsaufgaben nicht in den DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden.	Im Falle der Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten wird eine besondere Aufgabe in Bezug auf die Therapieoptimierungsstudien und die damit verbundene einheitliche Referenzdiagnostik formuliert. Die Kosten für Forschungsaufgaben werden nicht in den DRG-Fallpauschalen berücksichtigt.

2.8.2.9 DKG Nummer 10:

GKV-SV/PatV/LV	DKG
--	Die über die stationäre Regelversorgung hinausgehenden Aufgaben von Zentren erfordern auch von onkologischen und palliativmedizinischen Fachpflegekräften spezielle, den Anforderungen an Zentren entsprechende Kenntnisse. Diese werden zentrenspezifisch (bezogen auf die versorgten Entitäten wie auch die vorhandene Organisationsstruktur) im Rahmen spezieller Fortbildungen vermittelt. Der hiermit verbundene Aufwand für das jeweilige Zentrum (finanziell und organisatorisch) geht über die Anforderungen an die Regelversorgung hinaus und erfüllt die Kriterien einer besonderen Aufgabe

2.8.2.10 DKG Nummer 11:

GKV-SV	DKG
--	Die besonderen Aufgaben entstehen aus der besonderen Fachexpertise im Zentrum. Die Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind u.a. die Koordination der Aktivitäten und Projekte im Zentrum, z. B. Informationsveranstaltungen mit allen Kooperationspartnern des Zentrums, Einführung einer Zentrums-Software, Koordination und Umsetzung einheitlicher Fortbildungen, auch bei Kernleistungserbringern. Ein weiteres Feld betrifft die Überwachung der Einrichtung, Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems im Zentrum; die Koordination der Änderungen und Genehmigung der Weitergabe von Patientenpfaden, deren Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards, Informationsblätter usw. Eine weitere besondere Aufgabe des Managements eines Netzwerkes kann beispielsweise in der Kontrolle von Tumorkonferenzen, und der Informationsübermittlung an die Geschäftsführungen der beteiligten Krankenhäuser und der Überprüfung des Erfüllungsgrades der Qualitätsziele anhand des internen Qualitätsberichts und Initiierung von Verbesserungen begründet sein. Ohne die Netzwerkkoordination wären die wesentlichen Aufgaben wie Qualitätsmanagement, Dokumentation, Fortbildung und Information sowie Wissenschaft und Evaluation nicht seriös zu bewerkstelligen. Der Einsatz von Brückenpflegepersonal ist Teil eines Betreuungsnetzwerks z. B. im Rahmen eines Onkologischen Zentrums mit folgende Aufgaben und Schwerpunkten: • Entlassungsplanung.

	• Entwicklung eines Konzepts mit allen Beteiligten, wie die Versorgung und Betreuung zukünftig aussehen kann. Kontaktaufnahme und Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten, ambulanten Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten etc. • Organisation von Pflegehilfsmitteln, Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Betreuung zu Hause, Schulung von Patienten/Bezugspersonen in grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen, Beratung und Antragstellung der Pflegeversicherung, über weitere Hilfsdienste. z.B. Selbsthilfegruppen/Beratungsstellen, bezüglich Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Psychosoziale Begleitung. Die Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, und die Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken beinhaltet eine Vielzahl von differenzierten Aufgaben. Das Zentrum führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Hierunter sind bspw. auch zu fassen: • stationäre Palliativmedizin: Vereinbarung mit Behandlungspartnern, in der die stationäre palliativmedizinische Versorgung geregelt wird. • Hospiz: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird. • Schmerztherapie: Vereinbarung, die bei Bedarf die Betreuung durch einen Arzt für Schmerztherapie sicherstellt. • Genetische Beratung und Gentest: Das Zentrum kooperiert beispielsweise mit einem speziellen Zentrum gemäß der Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. • Selbsthilfegruppen: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird.

2.8.2.11 DKG Nummer 12:

GKV-SV	DKG
--	SOPs sind adaptierte, klinische Leitlinien, basierend auf den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie werden von der zuständigen interdisziplinären onkologischen Projektgruppe (IOP) ausgearbeitet und jährlich aktualisiert. Die SOPs beinhalten auch differenzierte Empfehlungen zur Indikation palliativmedizinischer Mitbetreuung, Empfehlungen, wann ein Patient im Tumorboard vorgestellt werden sollte und Kontaktinformationen zu psychoonkologischen Angeboten. Die Leitlinien werden in interaktiver Form bereitgestellt. Die SOPs werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert.

2.8.2.12 DKG Nummer 13-14:

GKV-SV	DKG
--	Hier entstehen in erster Linie spezielle Vorhaltungs- und Betriebskosten aufgrund besonderer Anforderung. Hierzu gehören beispielsweise die besonderen Aufgaben von Einrichtungen mit speziellen strahlentherapeutisch nuklearmedizinischen Verfahren (z. B. Protonen-/Schwerionentherapie), die Druckkammertherapieeinheiten betreiben, die innovative Spezialdiagnostik/Speziallabore und Hochdurchsatzverfahren (z. B. Biomarker, quantitative Massenspektrometrie, NGS, Paneldiagnostik) oder Gewebe-/Biobanken oder HLA-kompatible Apheresethrombozytenkonzentrate vorhalten

	Zu den besonderen Aufgaben der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote und vorhandener Fachexpertise an einzelnen Standorten hat die Bundesschiedsstelle in ihrem Schiedsspruch zur Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) ausdrücklich folgendes ausgeführt: „Der Gesetzgeber hat in dem § 9 Abs. 1a Nr. 2c KHEntgG ausdrücklich anerkannt, dass sich besondere Aufgaben aus der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben können. Derartige Aufgaben hat die Bundesschiedsstelle in der Anlage zur Vereinbarung unter den Buchstaben k) und l) konkretisiert. Dabei ist hervorzuheben, dass es sich um besondere Aufgaben nur dann handelt, wenn eine außergewöhnliche Expertise oder außergewöhnliche technische Angebote vorliegen. Außergewöhnlich bedeutet aus der Sicht der Bundesschiedsstelle mehr als ein besonderes Leistungsangebot. Die Bundesschiedsstelle hat anerkannt, dass ein Bedürfnis bestehen kann, dass auch innerhalb der Leistungserbringer der Spitzenmedizin es an einzelnen wenigen Standorten sich die Notwendigkeit ergeben kann, außergewöhnliche technische Angebote, aber insbesondere auch außergewöhnliche Fachexpertise vorzuhalten, die gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich herausstechen. Hier soll es auch in Zukunft möglich sein, für einzelne Standorte entsprechende besondere Aufgaben der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote bzw. der Vorhaltung außergewöhnlicher Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen festzusetzen. Die Bundesschiedsstelle hat für die besonderen Aufgaben im Hinblick auf die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise dies in Anlehnung an eine Formulierung im Antrag der Antragsgegnerin (DKG: d. Verfasser) auf besondere Versorgungsbereiche beschränkt. In diesem Zusammenhang weist die Bundesschiedsstelle darauf hin, dass

	in der Versorgungswirklichkeit auch von stationären Leistungserbringern im Zusammenhang mit einzelnen Leistungsbereichen vielfach der Begriff des „Zentrums“ verwandt wird. Die Bundeschiedsstelle hat aber mit der Festsetzung in der Anlage unter Buchstabe I) die dort genannten Versorgungsbereiche nicht etwa als Zentren im Sinne des Krankenhausfinanzierungsrechts anerkannt. Vielmehr wurde dadurch klargestellt, dass alleine die Vorhaltung einer besonderen Fachexpertise im Rahmen der dort genannten Zentren oder sonstigen Versorgungsbereiche keine besondere Aufgabe begründet wird. Stattdessen versteht sich die Regelung in Buchstabe I) Satz 2 als Einschränkung der Formulierung unter Buchstabe I) Satz 1: Erst die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen wenigen Standorten vorhandener Fachexpertise kann besondere Aufgabe sein. Dies gilt allerdings nur für die in Buchstabe I) Satz 2 genannten Versorgungsbereichen. Das heißt aber im Umkehrschluss auch, dass nicht alle Aufgaben und Leistungen der unter Buchstabe I) Satz 2 der Anlage genannten Versorgungsbereiche schon besondere Aufgaben sind. Insofern ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den unter Buchstabe I) Satz 1 genannten besonderen Aufgaben im Rahmen des Aufgabenkatalogs um einen besonderen Ausnahmetatbestand handelt.“

2.8.2.13 DKG Nummer 15:

GKV-SV	DKG
--	Die Zusammenarbeit mit maßgeblichen Patientenorganisationen ist eine der Forderungen des NAMSE und wird auch von der Bundesärztekammer als Qualitätsmerkmal einer patientenzentrierten Versorgung in Zentren genannt. Sie sichert die Berücksichtigung der Patientensichtweise und legt die Grundlage für deren Integration in sämtliche Abläufe des Zentrums.

2.8.2.14 DKG Nummer 16:

GKV-SV	DKG
--	Lotsen spielen eine zentrale Rolle bei der täglichen intersektoralen, interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsweise des Zentrums. Bei den Lotsen handelt es sich um erfahrene ärztlichen oder nichtärztlichen Mitarbeiter, die konstante Ansprechpartner für Patienten und Angehörige während der oft monatelangen stationären Behandlung in allen Phasen der Erkrankung sind. Sie sind zumeist der Erstkontakt für externe und interne Zuweiser, führen Erstgespräche mit den Patienten, organisieren die weitere Diagnostik und Behandlung, insbesondere die interdisziplinären Sprechstunden, sorgen für eine reibungslose Aufnahme und Entlassung im stationären Bereich und vermitteln den Kontakt zum palliativmedizinischen Dienst und zur Psychoonkologie. Dieses Angebot sorgt insbesondere an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung („Sektorengrenze“) für eine Kontinuität der Behandlung.

2.8.2.15 DKG Nummer 17:

GKV-SV	DKG
--	Die Abbildung von Zentren, Netzwerken oder Kliniken in geeigneten Medien soll Patienten den Zugang zur spezialisierten Versorgung erleichtern und wird z. B. auch in den Zertifizierungsverfahren der Onkologischen Zentrengefordert. Insbesondere wenn zeitkritische Therapieentscheidungen anliegen oder fachliche Expertise nur in geringem Maße verfügbar ist, erleichtert eine Auflistung das Auffinden eines entsprechenden Experten. Somit wird Patienten eine teils langwierige Odyssee erspart und dem einweisenden Arzt eine Orientierung geboten, an welche Spezialisten der Patient verwiesen werden kann.

2.9 Anlage III - Anforderungen an Traumazentren

2.9.1 § 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV	
Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.	

2.9.1.1 Absatz 1:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Strukturelle Anforderungen und fachliche Anforderungen	Strukturelle besondere personelle und fachliche Anforderungen

2.9.1.1.1 a)

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
In einem Traumazentrum wird rund um die Uhr, d. h. 24 Stunden/365 Tage eine strukturelle, personelle und fachliche Ausstattung vorgehalten, die geeignet ist, alle Arten von Verletzungen sowohl als Notfall als auch im weiteren Verlauf definitiv versorgen zu können. Dementsprechend ist an diesen Standorten auch die Beratungskompetenz vorhanden, andere Traumaversorger bei schwierigen oder seltenen Konstellationen zu beraten. Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Abs. 1 kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. als überregionales Traumazentrum nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen des Weißbuches Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 entsprechen.	Regionale und überregionale Traumazentren (gemäß den Kriterien des „Weißbuches Schwerverletztenversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., Stand Mai 2012) gewährleisten die nachhaltige, flächendeckend qualitätsgesicherte rund um die Uhr (24 Stunden /365 Tage) Versorgung von Schwerverletzten. Die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, die personelle Ausstattung, die räumlichen Vorhaltungen, die organisatorischen Voraussetzungen für die Intensivstation sowie die Aufgaben innerhalb des Traumanetzwerkes sind für regionale und überregionale Traumazentren nahezu gleich. Unterschiede gibt es im Wesentlichen hinsichtlich der Behandlungskapazität (parallele Versorgungsmöglichkeit von zwei Schwerverletzten im überregionalen Traumazentrum) und der Versorgung besonders komplexer Verletzungen wie z.B. thorakaler Aortenverletzungen. Regionalen Traumazentren obliegt die umfassende Notfall- und Intensivversorgung von Schwerverletzten unter Vorhaltung ausreichender Intensiv- und

	Operationskapazitäten. Neben der jederzeit verfügbaren Facharztkompetenz mit Weiterbildung in der Speziellen Unfallchirurgie und dem regelhaften Einbezug weiterer Fachdisziplinen sind eine entsprechende diagnostische und therapeutisch-operative Ausstattung sowie die Beteiligung am Katastrophenschutz mit Bereitstellung von Behandlungskapazitäten von den regionalen Traumazentren zu gewährleisten. Mit den Aufgaben der regionalen Traumazentren innerhalb der Netzwerkstruktur und der qualitätsgesicherten Verfahrensweise hinsichtlich der gesamten Behandlungskette von schwerverletzten Patienten (präklinische Rettung, Schockraummanagement, Notfallversorgung, konservative und operative Maßnahmen zur definitiven Wiederherstellung einschließlich der Rehabilitation zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung) erfüllen regionale wie auch die überregionale Traumazentren grundsätzlich die zur Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlichen Qualitätsanforderungen. Mit der gezielten Zuweisung von besonderen Aufgaben obliegt die Berücksichtigung der Versorgungsstufen der Traumazentren den Ländern und ihren krankenhauplanerischen Erfordernissen.

2.9.1.1.2 b)

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Siehe a)	Die Darstellung der Struktur des Zentrums ist hinsichtlich der Versorgung von schwerverletzten Patienten insbesondere für andere stationäre Leistungserbringer, die Rettungsdienste wie auch die Patienten(vertreter) von besonderer Relevanz. So stellen z.B. Angaben zu Behandlungsschwerpunkten, Benennung von Ansprechpartnern, Angaben zur Möglichkeit frührehabitativer Leistungen, Fortbildungsangebote, sowie die Benennung von Kooperationspartnern wichtige Informationen dar, die die interklinische Kommunikation erheblich erleichtern und gezielte Anfragen ermöglichen

2.9.1.2 Absatz 2:

GKV-SV/PatV	DKG
Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Traumazentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe auch § 2 Nr. 4). Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Traumazentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Traumazentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.	§135a SGB V regelt die verpflichtende externe und interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus dient in den Traumazentren die Einrichtung klinikinterner Qualitätszirkel zur Schwerverletztenversorgung mit mindestens halbjährigen Treffen der Beratung und Evaluation der Ergebnisse des TraumaRegister DGU, der Befragung der Rettungsdienste, der Behebung von Schnittstellenproblemen bei der interhospitalen Kommunikation sowie der Evaluation der Vereinbarungen und Verpflichtungen (z.B. durchgehende Übernahmebereitschaft für Schwerverletzte). Neben der Festlegung der interdisziplinären Zusammenarbeit (SOPs) mit Regelungen der Verantwortlichkeit bei der Schockraumversorgung gehören zu diesen Maßnahmen die regelmäßige Information aller beteiligten Berufsgruppen über die Ergebnisse im TraumaRegister DGU, die regelmäßige Berichterstattung zu nosokomialen Infektionen, die Vorhaltung eines hausinternen Beschwerdemanagementsystems, die Einrichtung von M&M-Konferenzen, die Vorhaltung eines Risikomanagements mit regelmäßiger Berichterstattung an alle beteiligten Berufsgruppen sowie klinikinterne Regelungen zur rechtzeitigen Identifikation potenzieller Organspender.

2.9.1.3 Absatz 3: Forschungstätigkeit**2.9.1.3.1 a) & b)**

GKV-SV/PatV/KBV	DKG
Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Traumazentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligt sich das Zentrum an multizentrischen Studien mit Studienprotokoll, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinator eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.	Regionale und überregionale Traumazentren sind zu der Teilnahme an klinischen Studien verpflichtet. Unter Beteiligung der Traumazentren/Traumanetzwerke ergibt sich für Wissenschaft und Forschung die Möglichkeit der Abbildung der Versorgungsrealität auf der Basis klarer Fragestellungen und hoher Fallzahlen.

2.9.1.4 GKV-SV/KBV/PatV Absatz 4:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Das Traumazentrum zeichnet sich dadurch aus, dass es in einem der folgenden vier Spezialbereiche besondere seltene Vorhaltungen hat.	--

2.9.1.5 Nummer 1:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Zur Sicherstellung einer optimalen Erstbehandlung und Rehabilitation von Schwerbrandverletzten ist es erforderlich, diese Patienten unmittelbar in spezialisierte Brandverletzententren zu transportieren. Die European Burns Association empfiehlt die Vorhaltung von einem Intensivbett für Schwerbrandverletzte pro 1 Mio. Einwohner. Es handelt sich folglich um eine seltene Vorhaltung in kleinen Einheiten (siehe hierzu auch	--

www.verbrennungsmedizin.de/brandverletztenzentren). Dies zeigt sich auch in den Daten des Weißbuches Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012: Demnach stehen für die Versorgung von Schwerbrandverletzten in Deutschland 128 Betten primär für Erwachsene und 46 Betten primär für Kinder an insgesamt 36 Versorgungseinrichtungen zur Verfügung (Stand November 2011). Traumazentren, die diese besonderen Ausstattungs- und Behandlungsmerkmale erfüllen und vorhalten sowie bei der zentralen Anlaufstelle für die Vermittlung von Krankenhausbetten für Schwerbrandverletzte (Feuerwehr Hamburg) gelistet sind, machen ihren Belegungsstand der Betten für Schwerbrandverletzte transparent und sind bei freien Bettenkapazitäten jederzeit aufnahmebereit.	

2.9.1.6 Nummer 2:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Die Hand- und Replantationschirurgie erfordert eine besondere Kompetenz in der vaskulären Mikrochirurgie und in der Mikrochirurgie peripherer Nerven, um ein gutes Replantationsergebnis zu erreichen. Die hier vorliegenden Kriterien orientieren sich an den Zertifizierungskriterien für Hand Trauma Center gemäß Hand Trauma Kommission (HTC) der Federation of the European Societies for Surgery of the Hand (Stand 13.05.2018). Durch die abweichende Festlegung gegenüber den Zertifizierungsanforderungen unter § 1 Absatz 4 Nummer 2 Buchstabe c soll sichergestellt werden, dass die Mindestfallzahl nicht durch elektive Eingriffe, wie beispielsweise Operationen des Karpaltunnelsyndroms, erreicht wird, sondern durch die Versorgung schwerer Handverletzungen. Damit wird sichergestellt, dass in dem Zentrum eine entsprechende Routine in komplexen handchirurgischen Eingriffen vorhanden ist. Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Absatz 4 Nummer 2 Buchstaben a und b kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung als Hand Trauma Center nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats	--

den Anforderungen der Hand Trauma Kommission (HTC) der Federation of the European Societies for Surgery of the Hand Stand 13.05.2018 entsprechen.	

2.9.1.7 Nummer 3:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Das Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellt besondere Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung von Krankenhäusern, die die regelhafte umfassende Behandlung von Querschnittverletzungen übernehmen. Das Konzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sorgt im Kern dafür, dass die gesamte Versorgung querschnittgelähmter Patient von der Erstversorgung, operativen Anschlussversorgung bis zur Frührehabilitation in einer Hand bleibt. Die hier beschriebenen Kliniken halten die entsprechende Kompetenz aber auch die technischen Gegebenheiten vor, um die größtmögliche Chance für eine funktionelle Erholung nach einer Rückenmarkverletzung zu bieten.	--

2.9.1.8 Nummer 4:

GKV-SV/PatV/KBV	DKG
Das schwerverletzte Kind stellt eine besondere Herausforderung selbst für erfahrene Unfallchirurgen dar. Um bei dieser Patientklientel erfolgreich behandeln und andere stationäre Leistungserbringer bei kindertraumatologischen Fragestellungen beraten zu können, verfügt das Zentrum über ein kindertraumatologisches Referenzzentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012. Zudem werden die Strukturen und die Expertise für eine umfassende Kindernotfallversorgung vorgehalten	--

2.9.1.9 DKG Absatz 4: Kooperation**2.9.1.9.1 a)**

GKV-SV	DKG
--	Die Kliniken sind über ein festgelegtes Kommunikations- und Kooperationssystem untereinander wie auch mit den Rettungsdiensten verbunden.

2.9.1.9.2 b)

GKV-SV	DKG
--	Die Versorgung von traumatisierten und schwerverletzten Patienten ist häufig gekennzeichnet von langen Verweildauern auf hochtechnisierten Intensivstationen, von langen Phasen unklarer Prognosen, physischer und psychischer Verarbeitung unterschiedlicher Traumata, ggf. bleibender Einschränkungen sowie langwieriger Rehabilitation und beruflicher und sozialer Wiedereingliederung. Die strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen ist hier für die Ableitung von struktur- und prozessverbessernden Maßnahmen in jeder Phase der Versorgungskette im Hinblick auf die Patientenperspektive von besonderer Bedeutung.

2.9.2 § 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV	
Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.	

2.9.2.1 Nummer 1:

GKV-SV/PatV	KBV	DKG
Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser, insbesondere die regionalen und lokalen Traumazentren in seinem Netzwerk, in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	Traumapatienten werden im Anschluss an eine intensive stationäre Versorgung in den meisten Fällen sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor regelmäßig weiter betreut und versorgt. Wird ein Fall bei einer interdisziplinären Fallkonferenz in einem Zentrum diskutiert, sollen, wenn möglich, alle an der Versorgung beteiligten Ärzte, unabhängig vom Versorgungssektor, hinzugezogen werden. So lässt sich sowohl der Wissenstransfer, als auch die Kontinuität der Versorgung über Sektorengrenzen hinweg für den Patienten steigern.	Die interdisziplinären Fallkonferenzen und Konsile werden verknüpft mit der Bedingung, dass diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Diese Leistungen werden auch vom Gesetzgeber als besondere Zentrumsaufgaben genannt.

2.9.2.2 Nummer 2:

GKV-SV/PatV	KBV	DKG

Zentrumsbezogene Fortbildungsveranstaltungen sind zuschlagsfähig, da das Zentrum das nur an wenigen Standorten vorhandene Expertenwissen an andere stationäre Leistungserbringer weitervermitteln soll. Voraussetzung ist, dass die Fortbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	Eine grundlegende besondere Aufgabe der Zentren stellt die Weitergabe von Expertenwissen und Erfahrungen im Umgang mit der kurz- und langfristigen Versorgung von Traumata dar. Um eine möglichst kontinuierliche und auf neusten Erkenntnissen beruhende Versorgung für den einzelnen Patienten zu erleichtern, sollen Fortbildungsveranstaltungen zur Versorgung von Traumapatienten auch Vertragsärzten mit entsprechenden Patienten offenstehen.	Eine maßgebliche Aufgabe sämtlicher Zentren ist es, krankheitsspezifisches Wissen zu verbreiten und so die Versorgung der Patienten langfristig zu optimieren. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, gehört zu den Kernaufgaben eines Zentrums und wird in einer Vielzahl der Anforderungsbögen genannt. Dabei kann die Beteiligung an diesen Maßnahmen unter anderem durch die Ausarbeitung von Curricula, Lernmaterialien oder die Durchführung von Lehrveranstaltungen erfolgen. Das Zentrum kann für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durchführen. Interdisziplinäre Expertengremien, die jeweils von einem Koordinator geleitet werden arbeiten Vertreter aller klinischen Disziplinen, die an der Versorgung von schwerverletzten Patienten beteiligt sind, zusammen. Die Aufgaben umfassen die Optimierung der klinischen Versorgung sowie die Entwicklung translationaler Forschungsschwerpunkte.

2.9.2.3 Nummer 3:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	Durch die am Zentrum vorhandene besondere Fachexpertise werden andere Leistungserbringer bspw. durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten unterstützt. Im Zentrum wird der Informationsfluss durch besondere Maßnahmen, z. B. persönliche Kommunikation oder spezielle Medien sichergestellt. Insbesondere die Unterstützung von Mit- und Weiterbehandlern (z.B. Hausärzte, Onkologen Gynäkologen, Psychotherapeuten, Programmverantwortliche Ärzte im Screening, Reha-Einrichtungen) ist durch entsprechende Rückmeldesysteme zu gewährleisten.

2.9.2.4 Nummer 4:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Traumazentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Traumazentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	Um eine fachgemäße Wahrnehmung der Anforderungen und Aufgaben zu gewährleisten hat sich eine Vielzahl an Zertifizierungsverfahren etabliert, die gleichermaßen unterschiedliche Differenzierungsgrade erkennen lassen. Besonders hervorzuheben sind solche die systematisch, organisatorisch und wissenschaftlich durch Fachgesellschaften ausgestaltet oder in Folge von staatlichen Initiativen ins Leben gerufen wurden. Diesen anerkannten Zertifizierungsvorgängen ist gemein, dass sie sowohl durch detaillierte Nachweise als auch langwierige, aufwändige und kostenintensive Prüfungsverfahren die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen und Aufgaben gewährleisten sollen. Sie richten sich in

	der Regel nach dem spezifischen Bedarf und den Bedürfnissen der jeweiligen Patientengruppen (siehe auch Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums, Bundesärztekammer 2015), der Inzidenz und Prävalenz der zu behandelnden Erkrankungen und berücksichtigen sowohl regionale als auch räumliche Gegebenheiten und Besonderheiten. Hierdurch werden Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der Zentrumsanforderungen zu besonderen Aufgaben.

2.9.2.5 GKV-SV Nummer 5:

GKV-SV	DKG
5. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Leistungserbringer des Netzwerks verfügbar sein. Diese Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer können daher auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).

2.9.2.6 Nummer 6:

GKV-SV	DKG
Das Traumaregister bündelt die Daten an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Anerkannte Standards, die den institutions-übergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Das Traumaregister der Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	Das TraumaRegister stellt für die Kliniken ein wichtiges Instrument zur externen Qualitätssicherung dar. Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die klinische- und die Versorgungsforschung. Die standardisierte Dokumentation der Zentren erfolgt in einer zentralen Datenbank. Dokumentiert werden Daten aus den vier aufeinanderfolgenden Phasen Präklinik, Schockraum (und anschließend OP), Intensivstation und Entlassung. Die Daten umfassen detaillierte Angaben zu

gie (DGU) wurde bereits 1993 gegründet. Etwa 700 Krankenhäuser melden inzwischen Daten an dieses Register.³ Da zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges bundesweites Register etabliert werden sollte, wird hier explizit das Traumaregister der DGU adressiert. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.	Demografie, Verletzungsmuster, Komorbiditäten, präklinischem und klinischem Management, intensivmedizinischem Verlauf und wichtigen Laborbefunden sowie Transfusionsdaten. Darüber hinaus werden Daten zum Outcome (z.B. Zustand des Patienten nach Entlassung) übermittelt und ausgewertet. Die detaillierte Dokumentation zur Führung des Registers sowie die Nutzung der Auswertung des Gesamtregisters im Sinne der Ableitung von qualitätsverbessernden Maßnahmen, stellt einen über die normale Dokumentation der Patientenversorgung hinausgehenden Aufwand dar

2.9.2.7 DKG Nummer 7 - 8:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Dokumentationsleistungen in Form der Erstellung, Führung und Auswertung eines Registers werden als besondere Aufgaben benannt, da sie nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden.

³ <http://www.traumaregister-dgu.de/index.php?id=142> (Stand 29.07.2019).

2.9.2.8 GKV-SV/KBV/PatV Nummer 7 / DKG Nummer 9:

a)

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Eine außergewöhnliche technische Vorhaltung in Traumazentren stellt die intraoperative Computertomografie dar. Für die traumatologischen Zentren bedeutet dies die Gestellung eines radiologischen Bereitschaftsdienstes. Zuschlagsfähig sind nur die Personalkosten für die Betreuung des intraoperativen CTs, nicht jedoch die Vorhaltung eines radiologischen Bereitschaftsdienstes als solches. Ebenfalls nicht zuschlagsfähig sind die Anschaffungs- und Betriebskosten des CTs.	siehe DKG Nummer 10 und 9

GKV-SV Nummer 8 / DKG Nummer 10 und 9:

GKV-SV/	KBV/PatV	DKG
Großschadenereignisse stellen die Traumazentren durch den Massenanfall von Verletzten vor eine seltene, aber wichtige Herausforderung. Für die Versorgung einer großen Anzahl Verletzter ist eine entsprechende Menge an Verbrauchsmaterialien (z.B. Verbände) ganzjährig vorzuhalten. Als besondere Aufgabe anerkannt wird damit die Lagerung dieser Verbrauchsmaterialien		Hier entstehen in erster Linie spezielle Vorhaltungs- und Betriebskosten aufgrund besonderer Anforderung. Zu den besonderen Aufgaben der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote und vorhandener Fachexpertise an einzelnen Standorten hat die Bundeschiedsstelle in ihrem Schiedsspruch zur Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben

		nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) ausdrücklich folgendes ausgeführt: „Der Gesetzgeber hat in dem § 9 Abs. 1a Nr. 2c KHEntgG ausdrücklich anerkannt, dass sich besondere Aufgaben aus der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben können. Derartige Aufgaben hat die Bundesschiedsstelle in der Anlage zur Vereinbarung unter den Buchstaben k) und l) konkretisiert. Dabei ist hervorzuheben, dass es sich um besondere Aufgaben nur dann handelt, wenn eine außergewöhnliche Expertise oder außergewöhnliche technische Angebote vorliegen. Außergewöhnlich bedeutet aus der Sicht der Bundesschiedsstelle mehr als ein besonderes Leistungsangebot. Die Bundesschiedsstelle hat anerkannt, dass ein Bedürfnis bestehen kann, dass auch innerhalb der Leistungserbringer der Spitzenmedizin es an einzelnen wenigen Standorten sich die Notwendigkeit ergeben kann, außergewöhnliche technische Angebote, aber insbesondere auch außergewöhnliche Fachexpertise vorzuhalten, die gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich herausstechen. Hier soll es auch in Zukunft möglich

		sein, für einzelne Standorte entsprechende besondere Aufgaben der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote bzw. der Vorhaltung außergewöhnlicher Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen festzusetzen. Die Bundeschiedsstelle hat für die besonderen Aufgaben im Hinblick auf die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise dies in Anlehnung an eine Formulierung im Antrag der Antragsgegnerin (DKG: d. Verfasser) auf besondere Versorgungsbereiche beschränkt. In diesem Zusammenhang weist die Bundeschiedsstelle darauf hin, dass in der Versorgungswirklichkeit auch von stationären Leistungserbringern im Zusammenhang mit einzelnen Leistungsbereichen vielfach der Begriff des „Zentrums“ verwandt wird. Die Bundeschiedsstelle hat aber mit der Festsetzung in der Anlage unter Buchstabe I) die dort genannten Versorgungsbereiche nicht etwa als Zentren im Sinne des Krankenhausfinanzierungsrechts anerkannt. Vielmehr wurde dadurch klargestellt, dass alleine die Vorhaltung einer besonderen Fachexpertise im Rahmen der dort genannten Zentren oder sonstigen Versorgungsbereiche keine besondere Aufgabe begründet wird. Stattdessen versteht sich die Regelung in Buchstabe I) Satz 2 als Einschränkung der Formulierung unter Buchstabe I) Satz

		1: Erst die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen wenigen Standorten vorhandener Fachexpertise kann besondere Aufgabe sein. Dies gilt allerdings nur für die in Buchstabe I) Satz 2 genannten Versorgungsbereichen. Das heißt aber im Umkehrschluss auch, dass nicht alle Aufgaben und Leistungen der unter Buchstabe I) Satz 2 der Anlage genannten Versorgungsbereiche schon besondere Aufgaben sind. Insofern ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den unter Buchstabe I) Satz 1 genannten besonderen Aufgaben im Rahmen des Aufgabenkatalogs um einen besonderen Ausnahmestatbestand handelt.“

2.9.2.9 DKG Nummer 11:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Die Beteiligung der Zentren am Katastrophenschutz umfasst die Vorbereitung auf die Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten im Rahmen von Großschadensereignissen und Katastrophen sowie die Bereitstellung von entsprechenden Behandlungskapazitäten. Die Vorhaltung/Bereitstellung der für diesen Fall erforderlichen Verbrauchsmaterialien erfüllt über den reinen Sachaufwand hinaus, insbesondere im Hinblick auf die erforderlichen räumlichen (Lagerung, Logistik) und personellen (Beschaffung, Überprüfung, Inventarisierung) Strukturen des Zentrums die Kriterien einer besonderen Aufgabe.

2.9.2.10 DKG Nummer 12:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Ein wesentliches Element in der flächendeckenden, qualitätsgesicherten Versorgung von Schwerverletzten ist die Netzwerkstruktur aus Zentren unterschiedlicher Versorgungsstufen (überregionale Traumazentren, regionale Traumazentren und lokale Traumazentren), Leistungserbringern mit spezialisierten Leistungsangeboten (z.B. Zentren für Schwerbrandverletzte, Replantationszentren, kindertraumatologische Referenzzentren) sowie weiterer Leistungserbringer (z.B. Rettungsdienste, andere Kliniken) Interklinische Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkel erfüllen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Versorgung schwerverletzter Patienten und dem mit der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung, der Durchführung sowie der Nachbereitung verbundenen Aufwand die Kriterien einer besonderen Aufgabe.

2.9.2.11 DKG Nummer 13:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Die besonderen Aufgaben entstehen aus der besonderen Fachexpertise im Zentrum. Die Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind u.a. die Koordination der Aktivitäten und Projekte im Zentrum, z. B. Informationsveranstaltungen mit allen Kooperationspartnern des Zentrums, Einführung einer Zentrums-Software, Koordination und Umsetzung einheitlicher Fortbildungen, auch bei Kernleistungserbringern. Ein weiteres Feld betrifft die Überwachung der Einrichtung, Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems im Zentrum; die Koordina-

	tion der Änderungen und Genehmigung der Weitergabe von Patientenpfaden, deren Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards, Informationsblätter usw. Eine weitere besondere Aufgabe des Managements eines Netzwerkes kann in der Kontrolleinterdisziplinären Tumorboards, und der Informationsübermittlung an die Geschäftsführungen der beteiligten Krankenhäuser sowie in der Überprüfung des Erfüllungsgrades der Qualitätsziele anhand des internen Qualitätsberichts und der Initiierung von Verbesserungen begründet sein. Ohne die Netzwerkkoordination wären die wesentlichen Aufgaben wie Qualitätsmanagement, Dokumentation, Fortbildung und Information sowie Wissenschaft und Evaluation nicht seriös zu bewerkstelligen. Der Einsatz von Brückenpflegepersonal ist Teil eines Betreuungsnetzwerks z. B. im Rahmen eines Traumazentrums mit folgende Aufgaben und Schwerpunkten: • Entlassungsplanung. • Entwicklung eines Konzepts mit allen Beteiligten, wie die Versorgung und Betreuung zukünftig aussehen kann. Kontaktaufnahme und Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten, ambulanten Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten etc. • Organisation von Pflegehilfsmitteln, Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Betreuung zu Hause, Schulung von Patienten/Bezugspersonen in grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen, Beratung und Antragstellung der Pflegeversicherung, über weitere Hilfsdienste. z.B. Selbsthilfegruppen/Beratungsstellen, bezüglich Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Psychosoziale Begleitung.

	Die Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, und die Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken beinhaltet eine Vielzahl von differenzierten Aufgaben. Das Zentrum führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Hierunter sind bspw. auch zu fassen: • Schmerztherapie: Vereinbarung, die bei Bedarf die Betreuung durch einen Arzt für Schmerztherapie sicherstellt. • Selbsthilfegruppen: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird.

2.9.2.12 DKG Nummer 14:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	SOPs sind adaptierte, klinische Leitlinien, basierend auf den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie werden für die Versorgung von Traumata unterschiedlicher Art und Konstellation ausgearbeitet und jährlich aktualisiert. Die Leitlinien sind in interaktiver Form im Netzwerk bereitzustellen. Die SOPs werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert.

2.9.2.13 DKG Nummer 15:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Die Beteiligung der Zentren am Katastrophenschutz umfasst die Vorbereitung auf die Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten im Rahmen von Großschadensereignissen und Katastrophen sowie die Bereitstellung von entsprechenden Behandlungskapazitäten. Die Vorhaltung/Bereitstellung der für diesen Fall erforderlichen Verbrauchsmaterialien erfüllt über den reinen Sachaufwand hinaus, insbesondere im Hinblick auf die erforderlichen räumlichen (Lagerung, Logistik) und personellen (Beschaffung, Überprüfung, Inventarisierung) Strukturen des Zentrums die Kriterien einer besonderen Aufgabe. Die Unterstützung des Katastrophenschutzes erfordert eine enge Anbindung an die entsprechenden Landesbehörden. Die Beteiligung an Arbeitsgruppen und Übungen des Katastrophenschutzes sowie der Besuch entsprechender Fortbildungsveranstaltungen mit Wissenstransfer in die klinikinternen Strukturen stellt eine besondere Anforderung an die Bereitstellung entsprechender Personalressourcen für die Zentren dar und erfüllt die Kriterien einer besonderen Aufgabe.

2.9.2.14 DKG Nummer 16:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Die Hälfte der im Schockraum eingesetzten verantwortlichen unfallchirurgischen Ärzte (d.h. 1. Dienst- und Oberarzt) muss eine Fortbildung im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support-(ATLS®-) Kurs-Standard nachweisen. Im Rahmen dieser mehrtägigen Fortbildung werden an spezialisierten Fortbildungsstätten spezifische Inhalte der Schwerverletztenbehandlung und der Vermeidung von Behandlungsfehlern, insbesondere in Notfallsituationen, intensiv geschult und trainiert. Neben dem finanziellen Aufwand stellen die Freistellung und der Ersatz des betreffenden Personals eine besondere Anforderung an die Zentren dar, die den Kriterien einer besonderen Aufgabe entspricht.

2.9.2.15 DKG Nummer 17:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Die Zusammenarbeit mit maßgeblichen Patientenorganisationen ist eine der Forderungen des NAMSE und wird auch von der Bundesärztekammer als Qualitätsmerkmal einer patientenzentrierten Versorgung in Zentren genannt. Sie sichert die Berücksichtigung der Patientensichtweise und legt die Grundlage für deren Integration in sämtliche Abläufe des Zentrums.

2.9.2.16 DKG/LV Nummer 18:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Ein Zentrum gewährleistet die psychosoziale Basisversorgung und stellt erforderlichenfalls spezifische Maßnahmen der Patientenunterstützung zur Verfügung oder leitet diese ein. Bei den besonderen Aufgaben setzt das Zentrum lediglich die Kosten für die regelmäßige Betreuung aller Patientinnen an, nicht die Therapiekosten bei weiterführender Intervention entsprechend der Regelversorgung.

2.9.2.17 DKG Nummer 19:

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
--	Die Abbildung von Zentren, Netzwerken oder Kliniken in geeigneten Medien soll Patienten den Zugang zur spezialisierten Versorgung erleichtern und wird z. B. auch in den zentrenspezifischen Zertifizierungsverfahren gefordert. Insbesondere wenn zeitkritische Therapieentscheidungen anliegen oder fachliche Expertise nur in geringem Maße verfügbar ist, erleichtert eine Auflistung das Auffinden eines entsprechenden Experten. Somit wird Patienten eine teils langwierige Odyssee erspart und dem einweisenden Arzt eine Orientierung geboten, an welche Spezialisten der Patient verwiesen werden kann.

2.10 Anlage IV - Anforderungen an Rheumatologische Zentren (PatV: ergänzen „und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie“)

2.10.1 § 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV	
Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.	

2.10.1.1 Absatz 1: Strukturelle Anforderungen (PatV: ergänzen „Rheumatologie Erwachsene“)

GKV-SV	DKG
Durch die Vorhaltung einer Fachabteilung für Rheumatologie wird sichergestellt, dass am Standort des Zentrums zu jeder Zeit fachärztliche rheumatologische Expertise zur Verfügung steht. Rheumapatienten haben oftmals eine komplexe Krankheitssymptomatik, wobei mehrere Organsysteme betroffen sind. Zur umfassenden Beratung und Behandlung ist daher ein multidisziplinäres Behandlungsteam erforderlich. ⁴ Die aufgeführten Fachabteilungen bilden die besonders häufig in die Behandlung einzubeziehenden Fachbereiche ab. Mindestens drei dieser Fachabteilungen sind am Standort des Zentrums vorzuhalten. Für Patienten mit akutem Krankheitsschub muss das Zentrum jederzeit aufnahmebereit sein.	Zu a) Die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises umfassen folgende Hauptgruppen: - Autoimmunbedingte entzündlich-rheumatischen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, des Bindegewebes und der Gefäße - degenerative rheumatische Erkrankungen, - rheumatische Erkrankungen der Weichteile, - Stoffwechselerkrankungen mit rheumatischen Beschwerden, - Dorsopathien

⁴ Zink A., Braun J., Gromnica-Ihle E. et al. (2017). Memorandum der Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. Springer Verlag Berlin Heidelberg 2017. Z Rheumatol 76: 195-207.

	Insgesamt sind ca. 400 Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises bekannt. Diese sind aufgrund unspezifischer Symptomatik oft schwierig zu diagnostizieren. Die besondere diagnostische und therapeutische Expertise von Rheuma- Zentren für Betroffene aller Altersgruppen sind für die frühzeitige Diagnosestellung, den Erhalt von Mobilität, die Vermeidung von Komplikationen und die mögliche (Wieder)Eingliederung in Beruf/Ausbildung von herausragender Bedeutung für die Lebensqualität der betroffenen Patienten. Zu b) Die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises zeichnen sich aus durch die Manifestation in einer Vielzahl von Zielorganen, die zu entsprechenden organspezifischen ggf. lebensbedrohlichen Komplikationen führen kann. Darüber hinaus erfordert die spezifische medikamentöse Rheuma-Therapie bei jedweder geplanten operativen oder medikamentösen Intervention eine entsprechende Vorbereitung mit ggf. therapeutischer Anpassung. Die interdisziplinäre Versorgung der Patienten ist auch vor diesem Hintergrund unverzichtbar. Zu c) Insbesondere für betroffene Kinder und Jugendliche stellt eine rheumatische Erkrankung eine besondere Einschränkung dar. Die Behandlungskonzepte für Kinder und Jugendliche weichen hinsichtlich ihrer Schwerpunkte deutlich von der Behandlung Erwachsener ab. Schmerzerleben, eingeschränkte Mobilität, schulische Herausforderungen und das frühzeitige Krankheitserleben prägen jugendliche Rheumapatienten dauerhaft und erfordern eine entsprechende psychosoziale Betreuung. Der medizinische wie auch der alltägliche Übergang vom Jugendlichen zum jungen

	Erwachsenen erfordert eine strukturierte Vorbereitung und Begleitung der Transition.

2.10.1.2 Absatz 2: Forschungstätigkeit

GKV-SV	DKG
Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Rheumazentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher Überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligt sich das Zentrum an einem fachspezifischen Register und an multizentrischen Studien mit Studienprotokoll, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Da die Durchführung von multizentrischen Studien aufgrund der überschaubaren Zahl stationärer rheumatologischer Leistungserbringer nicht immer möglich ist, kann die Forschungstätigkeit alternativ durch eine Beteiligung an rheumatologischer Grundlagenforschung nachgewiesen werden. Als Koordinatorin eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.	Unter Beteiligung der Rheumazentren ergibt sich für Wissenschaft und Forschung die Möglichkeit der Abbildung der Versorgungsrealität von Patienten mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises auf der Basis klarer Fragestellungen und hoher Fallzahlen. Die Teilnahme an Studien ist zu veröffentlichen.

2.10.1.3 Absatz 3: GKV-SV Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung / DKG Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung /

GKV-SV	DKG
Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Rheumazentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch § 2 Nummer 4).	§135a SGB V regelt die verpflichtende externe und interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus dient in den Rheumazentren die regelmäßige Anwendung verschiedener Instrumente des Qualitätsmanagements der Identifizierung von interdisziplinären und intersektoralen

Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Herzzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Herzzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.	Schnittstellenproblemen und zur Ableitung qualitätsverbessernder Maßnahmen. Hierzu gehören z.B. die Einrichtung eines Beschwerde- und Risikomanagementsystems, Patienten-/Angehörigenbefragungen, regelmäßige Rheumaboard unter Berücksichtigung aller beteiligten Leistungserbringer sowie die Auswertung qualitätsvergleichender Veröffentlichungen.

2.10.1.4 Absatz 4: GKV-SV/DKG/KBV: „Mindestfallzahlen“ / PatV „Mindestfallzahlen Rheumatologie Erwachsene“

GKV-SV	DKG
Krankenhäuser, die eine Beratungsfunktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen, müssen nachweisen, dass sie in der Behandlung dieser Erkrankungen über eine entsprechende Routine verfügen. Bei der Mindestfallzahl von 500 Patienten wird davon ausgegangen, dass das Krankenhaus pro Woche durchschnittlich mindestens zehn Patienten mit einer rheumatologischen Hauptdiagnose behandelt. Einige Kliniken haben sich auf die Behandlungen von Vaskulitiden (Gefäßentzündungen) spezialisiert. Für diese überwiegend seltenen Erkrankungen wird eine gewisse Behandlungsroutine angenommen, wenn mindestens 100 Patienten mit einer Vaskulitis als Hauptdiagnose pro Jahr in dem Zentrum behandelt werden.	Die zentrale Funktion des Rheumazentrums im Rahmen eines Netzwerkes mit anderen Leistungserbringern spiegelt sich unter anderem in der Anzahl der behandelten Fälle wider. Der Schwerpunkt der Bildung des Zentrums ist dabei Rechnung zu tragen. Insbesondere die besondere diagnostische Expertise zeichnet das Zentrum aus. Somit ist neben der Behandlung der rheumatischen Erkrankungen auch der differentialdiagnostische Ausschluss bei Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung Ausdruck dieser besonderen Expertise und entsprechend zu berücksichtigen.

2.10.1.5 Absatz 5: Anforderungen an kinderrheumatologische Zentren

GKV-SV	DKG
Neben den Zentren, die auf die Behandlung von Erwachsenen mit rheumatologischen Erkrankungen spezialisiert sind, existiert eine kleine Zahl von kinderrheumatologischen Zentren, die isoliert für diese Patientengruppe besondere Aufgaben wahrnehmen. Die Diagnoseliste und die Altersgrenze wurden aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V übernommen. Ein Transitionskonzept ist erforderlich, um einen koordinierten Übergang in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen. Ein Transitionskonzept ist in jedem kinderrheumatologischen Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu implementieren, daher ist dieses Kriterium sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch § 2 Nummer 6).	Die Anzahl der stationär behandelten Fälle sowie die entsprechenden Diagnosen berücksichtigen die strukturellen Besonderheiten von kinderrheumatologischen Zentren/Schwerpunkten (z.B. Kapazität) sowie die Altershäufung von Erkrankungen in dieser Patientengruppe.

2.10.2 § 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV/DKG	KBV
Hier werden die besonderen Aufgaben rheumatologischer Zentren festgelegt. Ein rheumatologisches Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.	

2.10.2.1 Nummer 1:

GKV-SV	KBV	DKG
Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen werden in den meisten Fällen sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor regelmäßig betreut und versorgt. Wird ein Fall bei einer interdisziplinären Fallkonferenz in einem Zentrum diskutiert, sollen, wenn möglich, alle an der Versorgung beteiligten Ärzte, unabhängig vom Versorgungssektor, hinzugezogen werden. So lässt sich sowohl der Wissenstransfer, als auch die Kontinuität der Versorgung über Sektorengrenzen hinweg für den Patienten steigern.	Die interdisziplinären Fallkonferenzen und Konsile werden verknüpft mit der Bedingung, dass diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Diese Leistungen werden auch vom Gesetzgeber als besondere Zentrumsaufgaben genannt.

2.10.2.1 DKG Nummer 2-3:

GKV-SV/KBV	DKG
	Dokumentationsleistungen in Form der Erstellung, Führung und Auswertung eines Registers werden als besondere Aufgaben benannt, da sie nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden.

2.10.2.2 GKV-SV Nummer 2 / DKG Nummer 4:

GKV-SV	KBV	DKG
Zentrumsbezogene Fortbildungsveranstaltungen sind zuschlagsfähig, da das Zentrum das nur an wenigen Standorten vorhandene Expertenwissen an andere stationäre Leistungserbringer weitervermitteln soll. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	Eine grundlegende besondere Aufgabe der Zentren stellt die Weitergabe von Expertenwissen und Erfahrungen im Umgang mit rheumatologischen Erkrankungen dar. Um eine möglichst kontinuierliche und auf neusten Erkenntnissen beruhende Versorgung für den einzelnen Patienten zu erleichtern, sollen Fortbildungsveranstaltungen zur Versorgung von Rheumapatienten auch Vertragsärzten mit entsprechenden Patienten offenstehen.	Eine maßgebliche Aufgabe sämtlicher Zentren ist es, krankheitsspezifisches Wissen zu verbreiten und so die Versorgung der Patienten langfristig zu optimieren. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, gehört zu den Kernaufgaben eines Zentrums und wird in einer Vielzahl der Anforderungsbögen genannt. Dabei kann die Beteiligung an diesen Maßnahmen unter anderem durch die Ausarbeitung von Curricula, Lernmaterialien oder die Durchführung von Lehrveranstaltungen erfolgen. Das Zentrum kann für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durchführen. In interdisziplinären Expertengremien die jeweils von einem Koordinator geleitet werden, arbeiten Vertreter aller klinischen Disziplinen, die an der Versorgung von Patienten mit einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises beteiligt sind, zusammen. Die Aufgaben umfassen die Optimierung der klinischen Versorgung sowie

		die Entwicklung transnationaler Forschungsschwerpunkte.

2.10.2.3 GKV-SV Nummer 3 / DKG Nummer 5:

GKV-SV	DKG
Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	Durch die am Zentrum vorhandene besondere Fachexpertise werden andere Leistungserbringer bspw. durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten unterstützt. Im Zentrum werden der Informationsfluss durch besondere Maßnahmen, z. B. persönliche Kommunikation oder spezielle Medien sichergestellt. Insbesondere die Unterstützung von Mit- und Weiterbehandlern (z.B. Hausärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Reha-Einrichtungen) ist durch entsprechende Rückmeldesysteme zu gewährleisten.

2.10.2.4 KBV Nummer 3 / DKG Nummer 6:

GKV-SV	DKG
--	SOPs sind adaptierte, klinische Leitlinien, basierend auf den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie werden durch interdisziplinäre Projektgruppen ausgearbeitet und jährlich aktualisiert. Die Leitlinien werden in interaktiver Form bereitgestellt. Die SOPs werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert.

2.10.2.5 GKV-SV Nummer 4 / DKG Nummer 7:

GKV-SV	DKG
Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Rheumazentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Rheumazentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	Um eine fachgemäße Wahrnehmung der Anforderungen und Aufgaben zu gewährleisten hat sich eine Vielzahl an Zertifizierungsverfahren etabliert, die gleichermaßen unterschiedliche Differenzierungsgrade erkennen lassen. Besonders hervorzuheben sind solche die systematisch, organisatorisch und wissenschaftlich durch Fachgesellschaften ausgestaltet oder in Folge von staatlichen Initiativen ins Leben gerufen wurden. Diesen anerkannten Zertifizierungsvorgängen ist gemein, dass sie sowohl durch detaillierte Nachweise als auch langwierige, aufwändige und kostenintensive Prüfungsverfahren die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen und Aufgaben gewährleisten sollen. Sie richten sich in der Regel nach dem spezifischen Bedarf und den Bedürfnissen der jeweiligen Patientengruppen (siehe auch Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums, Bundesärztekammer 2015), der Inzidenz und Prävalenz der zu behandelnden Erkrankungen und berücksichtigen sowohl regionale als auch räumliche Gegebenheiten und Besonderheiten. Hierdurch werden Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der Zentrumsanforderungen zu besonderen Aufgaben.

2.10.2.6 GKV-SV Nummer 5/ DKG Nummer 8:

GKV-SV	DKG
Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch tele-medizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Leistungserbringer des Netzwerks verfügbar sein. Diese Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer können daher auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).

2.10.2.7 GKV-SV Nummer 6:

GKV-SV	DKG
Ein Transitionskonzept ist erforderlich, um einen koordinierten Übergang in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen. Ein Transitionskonzept ist in jedem kinderrheumatologischen Zentrum verpflichtend als zuzuschlagsfähige besondere Aufgabe zu implementieren.	--

2.10.2.8 DKG Nummer 9:

GKV-SV	DKG
--	Die besonderen Aufgaben entstehen aus der besonderen Fachexpertise im Zentrum. Die Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind u.a. die Koordination der Aktivitäten und Projekte im Zentrum, z. B. Informationsveranstaltungen mit allen Kooperationspartnern des Zentrums, Einführung einer Zentrums-Software, Koordination und Umsetzung einheitlicher Fortbildungen, auch bei Kernleistungserbringern. Ein weiteres Feld betrifft die Überwachung der Einrichtung, Pflege und Weiterent-

	wicklung des Qualitätsmanagement-Systems im Zentrum; die Koordination der Änderungen und Genehmigung der Weitergabe von Patientenpfaden, deren Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards, Informationsblätter usw. Eine weitere besondere Aufgabe des Managements eines Netzwerkes kann in der Kontrolle von Rheuma-Boards, und der Informationsvermittlung an die Geschäftsführungen der beteiligten Krankenhäuser sowie in der Überprüfung des Erfüllungsgrades der Qualitätsziele anhand des internen Qualitätsberichts und Initiierung von Verbesserungen liegen. Ohne die Netzwerkkoordination wären die wesentlichen Aufgaben wie Qualitätsmanagement, Dokumentation, Fortbildung und Information sowie Wissenschaft und Evaluation nicht zu bewerkstelligen. Der Einsatz von Brückenpflegepersonal ist Teil eines Betreuungsnetzwerks z. B. im Rahmen eines Rheumazentrums mit folgende Aufgaben und Schwerpunkten: • Entlassungsplanung. • Entwicklung eines Konzepts zur zukünftigen Versorgung und Betreuung mit allen Beteiligten, • Kontaktaufnahme und Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten, ambulanten Pflegediensten, • Organisation von Pflegehilfsmitteln, Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Betreuung zu Hause, Schulung von Patienten/Bezugspersonen in grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen, Beratung und Antragstellung der Pflegeversicherung, über weitere Hilfsdienste. z.B. Selbsthilfegruppen/Beratungsstellen, bezüglich Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Psychosoziale Begleitung. Die Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, und die Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken beinhaltet eine Vielzahl von differenzierten Aufgaben. Das Zentrum führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Hierunter sind bspw. auch zu fassen:

	• Schmerztherapie: Vereinbarung, die bei Bedarf die Betreuung durch einen rheumatologisch erfahrenen Arzt für Schmerztherapie sicherstellt. • Selbsthilfegruppen: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird.

2.10.2.9 DKG Nummer 10:

GKV-SV	DKG
--	Ein Zentrum gewährleistet die psychosoziale Basisversorgung und stellt erforderlichenfalls spezifische Maßnahmen der Patientenunterstützung zur Verfügung oder leitet diese ein. Bei den besonderen Aufgaben setzt das Zentrum lediglich die Kosten für die regelmäßige Betreuung aller Patienten an, nicht die Therapiekosten bei weiterführender Intervention entsprechend der Regelversorgung.

2.10.2.10 DKG Nummer 11 und 12:

GKV-SV	DKG
	Hier entstehen in erster Linie spezielle Vorhaltungs- und Betriebskosten aufgrund besonderer Anforderung. Hierzu gehören beispielsweise die besonderen Aufgaben von Einrichtungen mit speziellen Verfahren Zu den besonderen Aufgaben der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote und vorhandener Fachexpertise an einzelnen Standorten hat die Bundesschiedsstelle in ihrem Schiedsspruch zur Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) ausdrücklich folgendes ausgeführt:

	„Der Gesetzgeber hat in dem § 9 Abs. 1a Nr. 2c KHEntgG ausdrücklich anerkannt, dass sich besondere Aufgaben aus der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben können. Derartige Aufgaben hat die Bundesschiedsstelle in der Anlage zur Vereinbarung unter den Buchstaben k) und l) konkretisiert. Dabei ist hervorzuheben, dass es sich um besondere Aufgaben nur dann handelt, wenn eine außergewöhnliche Expertise oder außergewöhnliche technische Angebote vorliegen. Außergewöhnlich bedeutet aus der Sicht der Bundesschiedsstelle mehr als ein besonderes Leistungsangebot. Die Bundesschiedsstelle hat anerkannt, dass ein Bedürfnis bestehen kann, dass auch innerhalb der Leistungserbringer der Spitzenmedizin es an einzelnen wenigen Standorten sich die Notwendigkeit ergeben kann, außergewöhnliche technische Angebote, aber insbesondere auch außergewöhnliche Fachexpertise vorzuhalten, die gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich herausstechen. Hier soll es auch in Zukunft möglich sein, für einzelne Standorte entsprechende besondere Aufgaben der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote bzw. der Vorhaltung außergewöhnlicher Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen festzusetzen. Die Bundesschiedsstelle hat für die besonderen Aufgaben im Hinblick auf die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise dies in Anlehnung an eine Formulierung im Antrag der Antragsgegnerin (DKG: d. Verfasser) auf besondere Versorgungsbereiche beschränkt. In diesem Zusammenhang weist die Bundesschiedsstelle darauf hin, dass in der Versorgungswirklichkeit auch von stationären Leistungserbringern im Zusammenhang mit einzelnen Leistungsbereichen vielfach der Begriff des „Zentrums“ verwandt wird. Die Bundesschiedsstelle hat aber mit der Festsetzung in der Anlage unter Buchstabe l) die dort genannten Versorgungsbereiche nicht etwa als Zentren im Sinne des Krankenhausfinanzierungsrechts anerkannt. Vielmehr wurde dadurch klargestellt, dass alleine die Vorhaltung einer besonderen Fachexpertise im

	Rahmen der dort genannten Zentren oder sonstigen Versorgungsbereiche keine besondere Aufgabe begründet wird. Stattdessen versteht sich die Regelung in Buchstabe I) Satz 2 als Einschränkung der Formulierung unter Buchstabe I) Satz 1: Erst die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen wenigen Standorten vorhandener Fachexpertise kann besondere Aufgabe sein. Dies gilt allerdings nur für die in Buchstabe I) Satz 2 genannten Versorgungsbereichen. Das heißt aber im Umkehrschluss auch, dass nicht alle Aufgaben und Leistungen der unter Buchstabe I) Satz 2 der Anlage genannten Versorgungsbereiche schon besondere Aufgaben sind. Insofern ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den unter Buchstabe I) Satz 1 genannten besonderen Aufgaben im Rahmen des Aufgabenkatalogs um einen besonderen Ausnahmetatbestand handelt.“

2.10.2.11 DKG Nummer 13:

GKV-SV	DKG
	Da bei rheumatischen Erkrankungen ein frühes Handeln unabdingbar ist, sind im Zentrum Frühdiagnosesprechstunden anzubieten. Je früher der Patient die richtige Diagnose erhält und somit auch die entsprechende Therapie eingeleitet werden kann, umso größer der Behandlungserfolg. Die besondere diagnostische und therapeutische Expertise von Rheuma- Zentren für Betroffene aller Altersgruppen sind für die frühzeitige Diagnosestellung, den Erhalt von Mobilität, die Vermeidung von Komplikationen und die mögliche (Wieder)Eingliederung in Beruf/Ausbildung von herausragender Bedeutung für die Lebensqualität der betroffenen Patienten. Besonders vor dem Hintergrund, dass an einem Zentrum/Schwerpunkt eine besondere Fachexpertise anzutreffen ist, findet hier eine qualitativ hochwertige Beratung statt. Das Angebot

	von Frühdiagnosesprechstunden sowie deren Koordination stellen einen besonderen Aufwand dar und erfüllen die Kriterien einer besonderen Aufgabe.

2.10.2.12 DKG Nummer 14:

GKV-SV	DKG
	Die Zusammenarbeit mit maßgeblichen Patientenorganisationen ist eine der Forderungen des NAMSE und wird auch von der Bundesärztekammer als Qualitätsmerkmal einer patientenzentrierten Versorgung in Zentren genannt. 5 Sie sichert die Berücksichtigung der Patientensichtweise und legt die Grundlage für deren Integration in sämtliche Abläufe des Zentrums.

2.10.2.13 DKG Nummer 15:

GKV-SV	DKG
	Die Abbildung von Zentren, Netzwerken oder Kliniken in geeigneten Medien soll Patienten den Zugang zur spezialisierten Versorgung erleichtern und wird z. B. auch in entsprechenden Zertifizierungsverfahren gefordert. Insbesondere wenn zeitkritische Therapieentscheidungen anliegen oder fachliche Expertise nur in geringem Maße verfügbar ist, erleichtert eine Auflistung das Auffinden eines entsprechenden Experten. Somit wird Patienten eine teils langwierige Odyssee erspart und dem

5 Entnommen hier: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/zentren-und-zertifizierung/qualitaetsmerkmale/muster/kategorie-2/>, abgerufen am 10. Juli 2019

	einweisenden Arzt eine Orientierung geboten, an welche Spezialisten der Patient verwiesen werden kann.

2.11 Anlage V - Herzzentren

2.11.1 § 1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV	DKG
Die Wahrnehmung besonderer Aufgaben setzt das Erfüllen besonderer Qualitätsanforderungen voraus.	

2.11.1.1 Absatz 1: GKV-SV Allgemeine strukturelle, besondere personelle und fachliche Anforderungen / DKG Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen

2.11.1.1.1 a)

GKV-SV	DKG
Die herausragende Qualifikation der Herzzentren im Sinne dieser Regelung besteht in ihrer Kompetenz, Patientinnen und Patienten jeder Altersstufe versorgen zu können. Die Vorhaltung der hier beschriebenen Fachabteilungen erlaubt den Herzzentren unabhängig vom Lebensalter des Patienten jederzeit beratend tätig zu werden. Folglich ist auch die Kinderherzversorgung von diesem Konzept umfasst.	Die Komplexität und Vielzahl von Herzerkrankungen sowie die rasant fortschreitenden therapeutischen Optionen erfordern die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kardiologie und Herzchirurgie. Der jederzeit mögliche fachliche Austausch sowie die Möglichkeit zur gemeinsamen Entwicklung von Behandlungsstrategien ermöglicht eine patientenindividuell optimale Therapie. Darüber hinaus bietet das Zentrum den weiteren Leistungserbringern in der Versorgung herzkranker Patienten hochqualifizierte interdisziplinär versierte Ansprechpartner.

2.11.1.1.2 b)

GKV-SV	DKG
Um andere Kliniken bei der Behandlung schwerkranker kardiologischer Patienten effektiv zu unterstützen, ist eine umfassende Erfahrung in der Diagnostik und invasiven Therapie von Herzrhythmusstörungen erforderlich. Hierzu gehört u.a. die Möglichkeit zur Ablation von komplexen ventrikulären Tachykardien. ⁶	Die Zunahme kathetergestützter Operationsverfahren sowie die Minimierung der Invasivität zahlreicher Operationen erfordern eine entsprechende räumliche und apparative Ausstattung. Insbesondere die Vorhaltung eines Hybrid-OP trägt auch dem Gesichtspunkt einer möglichen Interdisziplinarität Rechnung.

⁶ Vgl. Ertl G., Angermann E., Bekerredjian R. et al. (2016). Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units“, HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Kardiologe 10:222–235. Online publiziert am 13.07.2016: https://leitlinien.dgk.org/files/2016_Empfehlung_DGTHG_DGK_Herzinsuffizienz_Netzwerke.pdf.

2.11.1.1.3 c)

GKV-SV	DKG
In Deutschland ist die Herzinsuffizienz eine der häufigsten zu einer Krankenhausaufnahme führenden Indikationen. Der Krankheitsverlauf ist gekennzeichnet durch rezidivierende Dekompensationen, die oftmals Krankenhausaufenthalte mit z.T. längeren stationären Behandlungsphasen nach sich ziehen. Eine besondere Herausforderung besteht daher darin, drohende Dekompensationen zu erkennen und frühzeitig die Therapie anzupassen. Darüber hinaus treten im fortgeschrittenen Stadium der Herzinsuffizienz Begleitsymptome und -erkrankungen auf, die eine schwere Belastung für die Patienten darstellen, z. B. systemische Entzündungen, dystrophe Veränderungen der Muskulatur, Depression und kognitive Störungen.⁷ Das Herzzentrum muss eine Behandlungseinheit zu diesem wichtigen Krankheitskomplex vorhalten um entsprechende Beratungsleistungen für andere anbieten zu können. Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Absatz 1 Buchstabe e kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung als überregionales HFU-Zentrum nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. Stand 13.07.2016 entsprechen.	--

7 Ebd.

8 Ebd.

2.11.1.1.4 d)

GKV-SV	DKG
Durchblutungsstörungen am Herzen sind ein besonders zeitkritisches, notfallrelevantes Krankheitsbild. Aufgabe einer Chest Pain Unit (CPU) ist es, einen akuten oder neu aufgetretenen unklaren Thoraxschmerz schnell und systematisch abzuklären. Das Herzzentrum muss über eine CPU verfügen, um Beratungsleistungen zu diesem Krankheitskomplex zeitnah mit entsprechender Erfahrung bereitzustellen. Die Anforderungen gemäß § 28 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sind einzuhalten. Sie basieren auf den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. für „Chest Pain Units“ ⁹ .	--

2.11.1.1.5 e)

GKV-SV	DKG
Das Herzzentrum deckt das gesamte Spektrum der Erkrankungen des Herzens ab. Die Anforderungen an die Durchführung der minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (MHI-RL) sind daher zu erfüllen. Zu den Anforderungen der Richtlinie gehören u.a. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Herzchirurgie und einer Fachabteilung für Innere Medizin und Kardiologie sowie die Vorhaltung eines Herzkatheterlabors mit Linksherzkathetermessplatz, eines herzchirurgischen Operationsaals (alternativ eines Hybrid-Operationssaals) und einer Herz-Lungen-Maschine. Die Erfüllung der Qualitätsstandards zur	--

⁹Post F., Giannitsis E., Darius H. et al. (2015). Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung für „Chest Pain Units“. Kardiologie 9:171–181. Online publiziert am 27. Februar 2015: http://leitlinien.dgk.org/files/2015_Kriterien_CPU_Update_2015.pdf.

Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen am eigenen Krankenhausstandort ist eine zwingende Voraussetzung, um beratende Tätigkeiten für andere stationäre Leistungserbringer wahrzunehmen.	

2.11.1.1.6 GKV-SV f) / DKG c)

GKV-SV	DKG
Neben der Versorgung von Erwachsenen muss das Herzzentrum auch für die herzchirurgische Versorgung von Kindern nachweisen, dass es die einschlägigen Qualitätsstandards erfüllt. Die Richtlinie legt Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der stationären Versorgung von Patienten mit angeborener oder in der Kindheit erworbener Herzkrankheit im Alter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei bestimmten herzchirurgischen Eingriffen fest. Die Erfüllung der Qualitätsstandards der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie am eigenen Krankenhausstandort ist eine zwingende Voraussetzung, um beratende Tätigkeiten für andere stationäre Leistungserbringer wahrzunehmen.	Die Anforderungen der <i>Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL)</i> sind bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu erfüllen. Die intensivmedizinische Versorgung hat dabei den altersentsprechenden medizinischen, apparativen, personellen und sozialen Erfordernissen zu entsprechen.

2.11.1.1.7 d)

GKV-SV	DKG
--	Angeborene Herzfehler gehören zu den häufigsten angeborenen Erkrankungen. Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern sind eine relativ neue, rasch anwachsende Patientengruppe. Dank des medizinischen Fortschrittes erreichen mittlerweile über 90 Prozent der Patienten mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) das Erwachsenenalter und benötigen lebenslang eine hochspezialisierte Versorgung durch entsprechend qualifizierte Ärzte. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität dieser Patientengruppe sind im Zentrum die Voraussetzungen für die Einrichtung eines EMAH-Zentrums zu schaffen.

2.11.1.2 GKV-SV Absatz 2: Anforderungen an die Versorgung von Patienten mit Herzunterstützungssystemen:

2.11.1.2.1 a)

GKV-SV	DKG
Herzunterstützungssysteme werden eingesetzt, um die Wartezeit von Patienten bis zur Herztransplantation zu überbrücken oder in einigen Fällen auch als vorübergehende oder dauerhafte Unterstützung des Herzens. Die Implantation von Herzunterstützungssystemen nimmt laut Leistungsstatistik der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG-Leistungsstatistik) stetig zu. Während vor rund zehn Jahren noch weniger als 250 ventrikuläre Unterstützungssysteme eingesetzt wurden, so wurde im Jahr 2017 mit 1.027 Implantationen ein Rekord erreicht. Das Herzzentrum hat Erfahrung in der Implantation der verschiedenen Arten von Herzunterstützungssystemen. In Abhängigkeit von der zu unterstützenden Herzkammer wird ein linksventrikuläres (LVAD) oder sehr selten ein rechtsventrikuläres (RVAD) Unterstützungssystem implantiert. In wenigen Fällen wird eine biventrikuläre Unterstützung (BiVAD) beider Herzkammern erforderlich. Das Zentrum muss sowohl über Erfahrungen in diesen Behandlungsoptionen als auch über ein Angebot der Nachsorge (siehe Buchstabe b) verfügen, um ein entsprechendes Beratungskonzept zu Herzunterstützungssystemen für andere stationäre Leistungserbringer realisieren zu können.	--

2.11.1.2.2 b)

GKV-SV	DKG
Patienten mit Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen benötigen eine kontinuierliche und engmaschige Betreuung, die durch die Anbindung an das Zentrum sichergestellt wird. Ein Experte des Zentrums für die Nachsorge dieser Patienten ist jederzeit für Patienten und andere stationäre Leistungserbringer erreichbar.	--

2.11.1.2.3 c)

GKV-SV	DKG
Bei Patienten, die aufgrund einer lebensbedrohlichen Hypoxämie nicht mehr transportfähig sind, ist in ausgewählten Fällen eine ECMO-Implantation vor Ort mit Abholung des Patienten vor Ort erforderlich. Der Einsatz von Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) oder Extracorporeal Life Support (ECLS) außerhalb eines Operationsaales erfordert ein sehr erfahrenes Team, daher sollte der Einsatz Zentren vorbehalten sein. Der oben beschriebene AV-ECMO Abholdienst wird bereits von einigen Ländern als Anforderung an ein Herzzentrum im Landeskrankenhausplan definiert (z.B. Landeskrankenhausplan des Landes Rheinland Pfalz 2019-2025)¹⁰.	--

¹⁰ www.landtag.rlp.de/landtag/vorlagen/4159-V-17.pdf (Stand 26.07.2019)

2.11.1.3 GKV-SV Absatz 3: Vorhaltung eines überregionalen Zentrums für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patienten), das die folgenden Anforderungen erfüllt:

GKV-SV	DKG
Noch vor wenigen Jahrzehnten sind die meisten Patienten mit komplexen angeborenen Herzfehlern innerhalb der ersten Lebensjahre verstorben. Durch bedeutende Fortschritte in Operations- und Behandlungsmöglichkeiten konnte die Mortalität stark gesenkt werden, sodass mittlerweile mehr als 85% der Patienten das Erwachsenenalter erreichen. Im Jahr 2005 lebten Schätzungen zufolge mehr als 120.000 Erwachsene mit angeborenem Herzfehler in Deutschland und diese Zahl steigt jährlich um ca. 5.000 weitere EMAH-Patienten. Der überwiegende Teil dieser Patienten ist chronisch Herzkrank, teilweise verbunden mit lebensbedrohlichen Folgezuständen.¹¹ EMAH-Patienten sind somit eine relativ neue, jedoch rasch anwachsende Patientengruppe, für die das Herzzentrum eine besondere, seltene Expertise vorhält. Wichtig ist dabei, dass das Herzzentrum sowohl eine Kinder- als auch eine Erwachsenenkardiologie vorhält (vgl. auch Absatz 1 Buchstabe a), um abgestimmte Therapieansätze zu verfolgen und eine reibungslose Transition dieser Patientengruppe von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen. Dies hat bereits in einigen Landeskrankenhausplänen Ausdruck gefunden. So müssen	--

¹¹ Kaemmerer H., Breithardt G. (2006). Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH). Clin Res Cardiol, Suppl 4, 95:76–84. Online publiziert am 05.04.2006: https://leitlinien.dgk.org/files/2006_Empfehlungen_Qualitaetsverbesserung_Versorgung_EMAH.pdf.

Krankenhäuser, die in Nordrhein-Westfalen als Herzzentrum ausgewiesen werden, über ein EMAH-Zentrum verfügen (vgl. Informationsblatt zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015)¹². Die hier aufgeführten Kriterien basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und dem Kompetenznetz Angeborene Herzfehler.¹³ Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Absatz 3 kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung als EMAH-Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen in § 1 Absatz 3 entsprechen.	

2.11.1.4 GKV-SV Absatz 4: / DKG Absatz 2: Forschungstätigkeit

GKV-SV	DKG
Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Herzzentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher Überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligt sich das Zentrum an multizentrischen Studien mit Studienprotokoll, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinatorin eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.	Unter Beteiligung von Herzzentren ergibt sich für Wissenschaft und Forschung die Möglichkeit der Abbildung und Weiterentwicklung der Versorgungsrealität von Patienten mit Herzerkrankungen (z.B. auf dem Gebiet der angeborenen Herzfehler im Erwachsenenalter) auf der Basis klarer Fragestellungen und hoher Fallzahlen. Die Teilnahme an Therapie-Studien ist zu veröffentlichen.

¹² www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_nrw_anlage_informationsblatt_checklisten.pdf (Stand 26.07.2019)

¹³ Kaemmerer H., Breithardt G. (2006). Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH). Clin Res Cardiol, Suppl 4, 95:76–84. Online publiziert am 05.04.2006: https://leitlinien.dgk.org/files/2006_Empfehlungen_Qualitaetsverbesserung_Versorgung_EMAH.pdf.

2.11.1.5 GKV-SV Absatz 5: Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung / DKG Absatz 3 Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung

GKV-SV	DKG
Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Herzzentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe hierzu auch Aufgabe 4). Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Herzzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Herzzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden.	§135a SGB V regelt die verpflichtende externe und interne Qualitätssicherung Darüber hinaus dient in den Herzzentren die regelmäßige Anwendung verschiedener Instrumente des Qualitätsmanagements der Identifizierung von interdisziplinären und intersektoralen Schnittstellenproblemen und zur Ableitung qualitätsverbessernder Maßnahmen. Hierzu gehören z.B. die Einrichtung eines Beschwerde- und Risikomanagementsystems, Patienten-/Angehörigenbefragungen, regelmäßige Cardio-Boards unter Berücksichtigung aller beteiligten Leistungserbringer sowie die Auswertung qualitätsvergleichender Veröffentlichungen auch im Rahmen der externen Qualitätssicherung. Die Etablierung einrichtungsinterner Qualitätskennzahlen ermöglicht die regelmäßige Überprüfung der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität sowie die Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen.

2.11.1.6 GKV-SV Absatz 6: / DKG Absatz 4: Mindestfallzahlen

GKV-SV	DKG
Krankenhäuser, die eine Beratungsfunktion für andere stationäre Leistungserbringer übernehmen wollen, müssen nachweisen, dass sie in der Behandlung dieser Erkrankungen über eine entsprechende Routine verfügen. Hierzu gehört bei den Herzzentren auch die Durchführung größerer herzchirurgischer Eingriffe unter Anwendung einer Herz-Lungen-Maschine. Bei der Mindestfallzahl von 50 solcher Eingriffe pro Jahr wird angenommen, dass durchschnittlich einmal pro Woche ein herzchirurgischer Eingriff unter Anwendung einer Herz-Lungen-Maschine in	Die Aufgabe des Zentrums im Rahmen des Netzwerkes erfordert im Hinblick auf die Versorgung von herzkranken Patienten wie auch im Rahmen der Beratung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern die nachweisliche Erfahrung in der Erbringung verschiedener operativer Verfahren. Unter Betrachtung der aktuell vorliegenden Daten und unter Einbezug der aktuellen Versorgungslandschaft wurde eine Mindestfallzahl von 30 vollstationären Fällen mit operativen Eingriff der Herz-Lungenmaschine und eine jährliche Durchführung von mindestens

dem Zentrum erbracht wird. Bei der Festlegung einer Mindestfallzahl von 2.000 herzchirurgischen Eingriffen stand die Erwägung im Vordergrund, dass das Herzzentrum ein überregionales Einzugsgebiet und damit seine herausragende Stellung in der Herzmedizin nachweisen muss. Um die Mindestfallzahlen anhand von Routinedaten aufwandsarm überprüfen zu können, wurden in diesem Konzept die entsprechenden OPS-Komplexkode hinterlegt.	1000 herzchirurgischen Eingriffen (OPS-Komplexkodes sind hinterlegt) als, angemessen betrachtet,

2.11.2 § 2 Besondere Aufgaben

GKV-SV	DKG
Hier werden die besonderen Aufgaben von Herzzentren festgelegt. Ein Herzzentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.	--

2.11.2.1 Nummer 1:

GKV-SV	KBV	DKG
Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	Patienten mit kardiologischen Erkrankungen werden in den meisten Fällen sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor regelmäßig betreut und versorgt. Wird ein Fall bei einer interdisziplinären Fallkonferenz in einem Zentrum diskutiert, sollen, wenn möglich, alle an der Versorgung beteiligten Ärzte, unabhängig vom Versorgungssektor, hinzugezogen werden. So lässt sich sowohl der Wissenstransfer, als auch die Kontinuität der Versorgung über Sektorengrenzen hinweg für den Patienten steigern.	Die interdisziplinären Fallkonferenzen und Konsile werden verknüpft mit der Bedingung, dass diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Diese Leistungen werden auch vom Gesetzgeber als besondere Zentrumsaufgaben genannt.

2.11.2.2 Nummer 2:

GKV-SV	KBV	DKG
Zentrumsbezogene Fortbildungsveranstaltungen sind zuschlagsfähig, da das Zentrum das nur an wenigen Standorten vorhandene Expertenwissen an andere stationäre Leistungserbringer weitervermitteln soll. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	Eine grundlegende besondere Aufgabe der Zentren stellt die Weitergabe von Expertenwissen und Erfahrungen im Umgang mit kardiologischen Erkrankungen dar. Um eine möglichst kontinuierliche und auf neusten Erkenntnissen beruhende Versorgung für den einzelnen Patienten zu erleichtern, sollen Fortbildungsveranstaltungen zur Versorgung von Herzpatienten auch Vertragsärzten mit entsprechenden Patienten offenstehen.	Eine maßgebliche Aufgabe sämtlicher Zentren ist es, krankheitsspezifisches Wissen zu verbreiten und so die Versorgung der Patienten langfristig zu optimieren. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, gehört zu den Kernaufgaben eines Zentrums und wird in einer Vielzahl der Anforderungsbögen genannt. Dabei kann die Beteiligung an diesen Maßnahmen unter anderem durch die Ausarbeitung von Curricula, Lernmaterialien oder die Durchführung von Lehrveranstaltungen erfolgen. Das Zentrum kann für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durchführen. In interdisziplinären Expertengremien die jeweils von einem Koordinator geleitet werden arbeiten Vertreter aller klinischen Disziplinen, die an der Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen beteiligt sind, zusammen. Die Aufgaben umfassen die Optimierung der klinischen Versorgung sowie die Entwicklung transnationaler Forschungsschwerpunkte.

2.11.2.3 Nummer 3:

GKV-SV	DKG
Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	Durch die am Zentrum vorhandene besondere Fachexpertise werden andere Leistungserbringer bspw. durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten unterstützt. Im Zentrum werden der Informationsfluss durch besondere Maßnahmen, z. B. persönliche Kommunikation oder spezielle Medien sichergestellt. Insbesondere die Unterstützung von Mit- und Weiterbehandlern (z.B. Hausärzte, Gynäkologen, Pädiater Psychotherapeuten, , Reha-Einrichtungen) ist durch entsprechende Rückmeldesysteme zu gewährleisten.

2.11.2.4 DKG Nummer 4:

GKV-SV	DKG
--	SOPs sind adaptierte, klinische Leitlinien, basierend auf den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie werden interdisziplinär ausgearbeitet und jährlich aktualisiert. Die Leitlinien werden in interaktiver Form bereitgestellt. Die SOPs werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert

2.11.2.5 GKV-SV Nummer 4/DKG Nummer 5:

GKV-SV	DKG
Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Herzzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Herzzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht	Um eine fachgemäße Wahrnehmung der Anforderungen und Aufgaben zu gewährleisten hat sich eine Vielzahl an Zertifizierungsverfahren etabliert, die gleichermaßen unterschiedliche Differenzierungsgrade erkennen lassen. Besonders hervorzuheben sind solche die systematisch, organisatorisch und wissenschaftlich durch Fachgesellschaften ausgestaltet oder in Folge von staatlichen Initiativen ins Leben gerufen wurden.

darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	Diesen anerkannten Zertifizierungsvorgängen ist gemein, dass sie sowohl durch detaillierte Nachweise als auch langwierige, aufwändige und kostenintensive Prüfungsverfahren die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen und Aufgaben gewährleisten sollen. Sie richten sich in der Regel nach dem spezifischen Bedarf und den Bedürfnissen der jeweiligen Patientengruppen (siehe auch Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums, Bundesärztekammer 2015), der Inzidenz und Prävalenz der zu behandelnden Erkrankungen und berücksichtigen sowohl regionale als auch räumliche Gegebenheiten und Besonderheiten. Hierdurch werden Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der Zentrumsanforderungen zu besonderen Aufgaben.

2.11.2.6 GKV-SV Nummer 5/DKG Nummer 6

GKV-SV	DKG
Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Leistungserbringer des Netzwerks verfügbar sein. Diese Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer können daher auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).

2.11.2.7 GKV-SV Nummer 6/DKG Nummer 7

GKV-SV	DKG
Zu a: Die Vorhaltung eines ECLS Transportdienstes mit ECMO wird als Voraussetzung für ein Herzzentrum gesehen. Im Krankenhaus selbst ist diese Behandlung bereits durch die DRG vergütet. Deswegen wird nur die Vorhaltung eines ECLS Transportdienstes als besondere Aufgabe	Hier entstehen in erster Linie spezielle Vorhaltungs- und Betriebskosten aufgrund besonderer Anforderung.

abgebildet. Aufgrund der hohen fachlichen und apparativen Anforderungen bei der Durchführung außerhalb der Klinik sollte dieses Verfahren ausschließlich von Herzzentren angeboten werden. Zu b: Hier sind ausdrücklich nur die personellen und technischen Vorhalten in einem Krankenhaus (z.B. die IT-Infrastruktur, um den Kontakt mit Patienten mit Herzunterstützungssystemen sicherzustellen) als besondere Aufgabe vergütungsfähig. Die patientenseitig anfallenden Kosten sind nicht zuschlagsfähig, da es sich um ambulante Kosten handelt.	

2.11.2.8 DKG Nummer 8 und 9:

GKV-SV	DKG
--	Dokumentationsleistungen in Form der Erstellung, Führung und Auswertung eines Registers werden als besondere Aufgaben benannt, da sie nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden.

2.11.2.9 DKG Nummer 10:

GKV-SV	DKG
--	Lotsen spielen eine zentrale Rolle bei der täglichen intersektoralen, interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsweise des Zentrums. Bei den Lotsen handelt es sich um erfahrene ärztliche oder nichtärztliche Mitarbeiter, die konstante Ansprechpartner für Patienten und Angehörige während der oft monatelangen stationären Behandlung in allen Phasen der Erkrankung sind. Sie sind zumeist der Erstkontakt für externe und interne Zuweiser, führen Erstgespräche mit den Patienten, organisieren die weitere Diagnostik und Behandlung, insbesondere die interdisziplinären Sprechstunden, sorgen für eine reibungslose zu weiteren Leistungserbringern. Dieses Angebot sorgt insbesondere an der

	Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung („Sektorengrenze“) für eine Kontinuität der Behandlung.

2.11.2.10 DKG Nummer 11:

GKV-SV	DKG
--	Die besonderen Aufgaben entstehen aus der besonderen Fachexpertise im Zentrum. Die Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind u.a. die Koordination der Aktivitäten und Projekte im Zentrum, z. B. Informationsveranstaltungen mit allen Kooperationspartnern des Zentrums, Einführung einer Zentrums-Software, Koordination und Umsetzung einheitlicher Fortbildungen, auch bei Kernleistungserbringern. Ein weiteres Feld betrifft die Überwachung der Einrichtung, Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems im Zentrum; die Koordination der Änderungen und Genehmigung der Weitergabe von Patientenpfaden, deren Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards, Informationsblätter usw. Eine weitere besondere Aufgabe des Managements eines Netzwerkes kann beispielsweise in der Kontrolle von Cardio-Boards, der Informationsübermittlung an die Geschäftsführungen der beteiligten Krankenhäuser und in der Überprüfung des Erfüllungsgrades der Qualitätsziele anhand des internen Qualitätsberichts und Initiierung von Verbesserungen liegen. Ohne die Netzwerkkoordination wären die wesentlichen Aufgaben wie Qualitätsmanagement, Dokumentation, Fortbildung und Information sowie Wissenschaft und Evaluation nicht seriös zu bewerkstelligen. Der Einsatz von Brückenpflegepersonal ist Teil eines Betreuungsnetzwerks z. B. im Rahmen eines Herz-Zentrums mit folgende Aufgaben und Schwerpunkten:

	• Entlassungsplanung. • Entwicklung eines Konzepts zur zukünftigen Betreuung mit allen Beteiligten, • Kontaktaufnahme und Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten, ambulanten Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten etc. • Organisation von Pflegehilfsmitteln, Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Betreuung zu Hause, • Schulung von Patienten/Bezugspersonen in grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen, • Beratung und Antragstellung der Pflegeversicherung, über weitere Hilfsdienste. z.B. Selbsthilfegruppen/Beratungsstellen, bezüglich Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Psychosoziale Begleitung. Die Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, und die Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken beinhaltet eine Vielzahl von differenzierten Aufgaben. Das Zentrum führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Hierunter sind bspw. auch zu fassen: • stationäre Palliativmedizin: Vereinbarung mit Behandlungspartnern, in der die stationäre palliativmedizinische Versorgung geregelt wird. • Hospiz: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird. • Schmerztherapie: Vereinbarung, die bei Bedarf die Betreuung durch einen Arzt für Schmerztherapie sicherstellt. • Genetische Beratung und Gentest: Das Zentrum kooperiert mit entsprechenden speziellen Zentren

	Selbsthilfegruppen: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird.

2.11.2.11 DKG Nummer 12:

GKV-SV	DKG
--	Ein Zentrum gewährleistet die psychosoziale Basisversorgung und stellt erforderlichenfalls spezifische Maßnahmen der Patientenunterstützung zur Verfügung oder leitet diese ein. Bei den besonderen Aufgaben setzt das Zentrum lediglich die Kosten für die regelmäßige Betreuung aller Patienten an, nicht die Therapiekosten bei weiterführender Intervention entsprechend der Regelversorgung.

2.11.2.12 DKG Nummer 13:

GKV-SV	DKG
--	Hier entstehen in erster Linie spezielle Vorhaltungs- und Betriebskosten aufgrund besonderer Anforderung. Hierzu gehören <u>beispielsweise</u> die besonderen Aufgaben von Einrichtungen mit speziellen Verfahren zur Diagnostik und Behandlung von Herzerkrankungen (z.B. Herz-MRT) Zu den besonderen Aufgaben <u>der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote und vorhandener Fachexpertise an einzelnen Standorten</u> hat die Bundesschiedsstelle in ihrem Schiedsspruch zur Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) ausdrücklich folgendes ausgeführt:

	<i>„Der Gesetzgeber hat in dem § 9 Abs. 1a Nr. 2c KHEntgG ausdrücklich anerkannt, dass sich besondere Aufgaben aus der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben können. Derartige Aufgaben hat die Bundesschiedsstelle in der Anlage zur Vereinbarung unter den Buchstaben k) und l) konkretisiert. Dabei ist hervorzuheben, dass es sich um besondere Aufgaben nur dann handelt, wenn eine außergewöhnliche Expertise oder außergewöhnliche technische Angebote vorliegen. Außergewöhnlich bedeutet aus der Sicht der Bundesschiedsstelle mehr als ein besonderes Leistungsangebot. Die Bundesschiedsstelle hat anerkannt, dass ein Bedürfnis bestehen kann, dass auch innerhalb der Leistungserbringer der Spitzenmedizin es an einzelnen wenigen Standorten sich die Notwendigkeit ergeben kann, außergewöhnliche technische Angebote, aber insbesondere auch außergewöhnliche Fachexpertise vorzuhalten, die gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich herausstechen. Hier soll es auch in Zukunft möglich sein, für einzelne Standorte entsprechende besondere Aufgaben der Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote bzw. der Vorhaltung außergewöhnlicher Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen festzusetzen. Die Bundesschiedsstelle hat für die besonderen Aufgaben im Hinblick auf die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise dies in Anlehnung an eine Formulierung im Antrag der Antragsgegnerin (DKG: d. Verfasser) auf besondere Versorgungsbereiche beschränkt. In diesem Zusammenhang weist die Bundesschiedsstelle darauf hin, dass in der Versorgungswirklichkeit auch von stationären Leistungserbringern im Zusammenhang mit einzelnen Leistungsbereichen vielfach der Begriff des „Zenlrums“ verwandt wird. Die Bundesschiedsstelle hat aber mit der Festsetzung in der Anlage unter Buchstabe l) die dort genannten Versorgungsbereiche nicht etwa als Zentren im Sinne des Krankenhausfinanzierungsrechts anerkannt. Vielmehr wurde dadurch klargestellt, dass alleine die Vorhaltung einer besonderen Fachexpertise im Rahmen der dort genannten Zentren oder sonstigen Versorgungsbereiche keine besondere Aufgabe begründet wird. Stattdessen versteht sich</i>

	<i>die Regelung in Buchstabe I) Satz 2 als Einschränkung der Formulierung unter Buchstabe I) Satz 1: Erst die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen wenigen Standorten vorhandener Fachexpertise kann besondere Aufgabe sein. Dies gilt allerdings nur für die in Buchstabe I) Satz 2 genannten Versorgungsbereichen.</i> <i>Das heißt aber im Umkehrschluss auch, dass nicht alle Aufgaben und Leistungen der unter Buchstabe I) Satz 2 der Anlage genannten Versorgungsbereiche schon besondere Aufgaben sind. Insofern ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den unter Buchstabe I) Satz 1 genannten besonderen Aufgaben im Rahmen des Aufgabenkatalogs um einen besonderen Ausnahmetatbestand handelt.“</i>

2.11.2.13 DKG Nummer 14:

GKV-SV	DKG
--	Insbesondere für angeborene oder sich in der frühen Kindheit manifestierende Herzerkrankungen sind die frühzeitige differenzierte Diagnostik und Therapieplanung (ggf. bereits präpartal) sowie die Beratung von Eltern und weiteren Leistungserbringern von entscheidender Bedeutung. Die enge Kooperation mit den Bereichen Gynäkologie/Geburtshilfe und Pädiatrie sowie weiteren Leistungserbringern (stationär und ambulant) erfordert das Angebot einer entsprechenden Frühdiagnosesprechstunde, mit entsprechender Koordinierung durch das Zentrum. Frühzeitige Diagnostik und Therapieplanung im interdisziplinären Setting des Zentrums beeinflussen die Krankheitsprognose entscheidend. Sowohl das Angebot wie auch die Koordinierung dieser Sprechstunden stellen für das Zentrum einen anderweitig nicht vergüteten Aufwand dar und erfüllen die Kriterien einer besonderen Aufgabe

2.11.2.14 DKG Nummer 15:

GKV-SV	DKG
--	Die Zusammenarbeit mit maßgeblichen Patientenorganisationen ist eine der Forderungen des NAMSE und wird auch von der Bundesärztekammer als Qualitätsmerkmal einer patientenzentrierten Versorgung in Zentren genannt. 14 Sie sichert die Berücksichtigung der Patientensichtweise und legt die Grundlage für deren Integration in sämtliche Abläufe des Zentrums.

2.11.2.15 DKG Nummer 16:

GKV-SV	DKG
--	Die Abbildung von Zentren, Netzwerken oder Kliniken in geeigneten Medien soll Patienten den Zugang zur spezialisierten Versorgung erleichtern und wird z. B. auch in den entsprechenden Zertifizierungsverfahren gefordert. Insbesondere wenn zeitkritische Therapieentscheidungen anliegen oder fachliche Expertise nur in geringem Maße verfügbar ist, erleichtert eine Auflistung das Auffinden eines entsprechenden Experten. Somit wird Patienten eine teils langwierige Odyssee erspart und dem einweisenden Arzt eine Orientierung geboten, an welche Spezialisten der Patient verwiesen werden kann.

14 Entnommen hier: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/zentren-und-zertifizierung/qualitaetsmerkmale/muster/kategorie-2/>, abgerufen am 10. Juli 2019

2.12 Anlage VI - Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren)

2.12.1 § 1 Qualitätsanforderungen

UPV/GKV-SV	DKG
Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren) sind in vielen Bundesländern ein essentieller Bestandteil für eine überregionale Versorgungsstruktur, in der alle Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen, auch seltenen Entitäten, interdisziplinär auf hohem Niveau versorgt werden können. Derzeit wird die Festlegung von Qualitätsanforderungen nicht als erforderlich zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Abs. 5 S. 5 SGB V angesehen. Denn ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fort. Weiterhin ist sichergestellt, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, weil das Zentrum vor dem 01.01.2019 - und damit vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein muss, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der neurovaskulären Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Zentren und Schwerpunkten als hinreichend gesichert anzusehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prüft bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von interdisziplinären neurovaskulären Zentren.	Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren) sind in vielen Bundesländern ein essentieller Bestandteil für eine überregionale Versorgungsstruktur, in der alle Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen, auch seltenen Entitäten, interdisziplinär auf hohem Niveau versorgt werden können. Aufgrund der gesetzlichen Frist, einen ersten Beschluss bis zum 31. Dezember 2019 zu treffen, musste die Reihenfolge der vom G-BA zu beratenden Zentren priorisiert werden. Dabei konnten die Schlaganfallzentren aus Zeitgründen noch nicht berücksichtigt werden. Da jedoch die Notwendigkeit dieser Zentren besteht, wird der G-BA die Beratungen zu den Schlaganfallzentren unmittelbar nach der Erstfassung dieser Zentrums-Regelungen aufnehmen und bis zum 31.12.2020 abschließen. Damit die bestehenden Strukturen bis zur Beschlussfassung erhalten bleiben können, macht sich der G-BA temporär die von den Bundesländern festgelegten Qualitätsanforderungen, soweit im jeweiligen Land vorhanden, zu Eigen. Um den heterogenen Umsetzungsstand bezüglich der Zentrenausweisung in den einzelnen Bundesländern

	zu berücksichtigen, muss die Ausweisung vor dem 01.01.2021 erfolgt sein.

2.12.2 § 2 Besondere Aufgaben

UPV/GKV-SV	DKG
Hier werden die besonderen Aufgaben von Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren) festgelegt. Ein Schlaganfallzentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.	
1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann	1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zusätzlich zu denen für eigene Patienten ebenso zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind.
2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein neurovaskuläres Register bündelt die Daten zu neurovaskulären Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt.	2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein neurovaskuläres Register bündelt die Daten zu neurovaskulären Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt.
3. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	3. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort-

gen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	oder Weiterbildungsveranstaltungen an, die auch den eigenen Mitarbeiter zu Gute kommen können. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.
4. Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	
5. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Schlaganfallzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Schlaganfallzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	
6. Das spezialisierte Fachwissen der Schlaganfallzentren muss jederzeit für die Kliniken des Netzwerks verfügbar sein. Diese Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann daher auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	6. Das spezialisierte Fachwissen der Schlaganfallzentren muss jederzeit für die Leistungserbringer des Netzwerks verfügbar sein. Diese Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer können daher auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).
	7. SOPs sind adaptierte, klinische Leitlinien, basierend auf den Leitlinien nationaler und

		internationaler Fachgesellschaften für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie werden durch interdisziplinäre Projektgruppen ausgearbeitet und jährlich aktualisiert. Die Leitlinien werden in interaktiver Form bereitgestellt. Die SOPs werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert.
		8. Die besonderen Aufgaben entstehen aus der besonderen Fachexpertise im Zentrum. Die Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind u.a. die Koordination der Aktivitäten und Projekte im Zentrum, z. B. Informationsveranstaltungen mit allen Kooperationspartnern des Zentrums, Einführung einer Zentrums-Software, Koordination und Umsetzung einheitlicher Fortbildungen, auch bei Kernleistungserbringern. Ein weiteres Feld betrifft die Überwachung der Einrichtung, Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems im Zentrum; die Koordination der Änderungen und Genehmigung der Weitergabe von Patientenpfaden, deren Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards, Informationsblätter usw. Eine weitere besondere Aufgabe des Managements eines Netzwerkes kann in der Kontrolle von Boards für die speziellen Erkrankungen, und der Informationsvermittlung an die Geschäftsführungen der beteiligten Krankenhäuser sowie in der Überprüfung des Erfüllungsgrades der Qualitätsziele anhand des internen Qualitätsberichts und Initiierung von Verbesserungen liegen.

		Ohne die Netzwerkkoordination wären die wesentlichen Aufgaben wie Qualitätsmanagement, Dokumentation, Fortbildung und Information sowie Wissenschaft und Evaluation nicht zu bewerkstelligen. Der Einsatz von Brückenpflegepersonal ist Teil eines Betreuungsnetzwerks z. B. im Rahmen eines Schlaganfallzentrums mit folgende Aufgaben und Schwerpunkten: • Entlassungsplanung. • Entwicklung eines Konzepts zur zukünftigen Versorgung und Betreuung mit allen Beteiligten, • Kontaktaufnahme und Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten, ambulanten Pflegediensten, • Organisation von Pflegehilfsmitteln, Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Betreuung zu Hause, Schulung von Patienten/Bezugspersonen in grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen, Beratung und Antragstellung der Pflegeversicherung, über weitere Hilfsdienste. z.B. Selbsthilfegruppen/Beratungsstellen, bezüglich Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Psychosoziale Begleitung. Die Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, und die Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken beinhaltet

		eine Vielzahl von differenzierten Aufgaben. Das Zentrum führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Hierunter sind bspw. auch zu fassen: • Selbsthilfegruppen: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird.

2.13 Anlage VII - Lungenzentren

2.13.1 § 1 Qualitätsanforderungen

UPV/GKV-SV	DKG
Schwerwiegende, chronische Lungenerkrankungen sind weit verbreitet und eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Bereits heute existieren in mehreren Bundesländern Netzwerke um spezialisierte Fachkliniken, die eine fachgerechte Behandlung und Betreuung nach modernsten Maßstäben und Wissen sicherstellen. Derzeit wird die Festlegung von Qualitätsanforderungen nicht als erforderlich zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Abs. 5 S. 5 SGB V angesehen. Denn ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fort. Weiterhin ist sichergestellt, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, weil das Zentrum vor dem 01.01.2019 - und damit vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein muss, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Lungenzentren als hinreichend gesichert anzusehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prüft bis zum 31. Dezember 2020 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Lungenzentren.	Schwerwiegende, chronische Lungenerkrankungen sind weit verbreitet und eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Bereits heute existieren in mehreren Bundesländern Netzwerke um spezialisierte Fachkliniken, die eine fachgerechte Behandlung und Betreuung nach modernsten Maßstäben und Wissen sicherstellen. Aufgrund der gesetzlichen Frist, einen ersten Beschluss bis zum 31. Dezember 2019 zu treffen, musste die Reihenfolge der vom G-BA zu beratenden Zentren priorisiert werden. Dabei konnten die Lungenzentren aus Zeitgründen noch nicht berücksichtigt werden. Da jedoch die Notwendigkeit dieser Zentren besteht, wird der G-BA die Beratungen zu den Schlaganfallzentren unmittelbar nach der Erstfassung dieser Zentrums-Regelungen aufnehmen und bis zum 31.12.2020 abschließen. Damit die bestehenden Strukturen bis zur Beschlussfassung erhalten bleiben können, macht sich der G-BA temporär die von den Bundesländern festgelegten Qualitätsanforderungen, soweit im jeweiligen Land vorhanden, zu Eigen. Um den heterogenen Umsetzungsstand bezüglich der Zentrenausweisung in den einzelnen Bundesländern zu berücksichtigen, muss die Ausweisung vor dem 01.01.2021 erfolgt sein.

2.13.2 § 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
Hier werden die besonderen Aufgaben von Lungenzentren festgelegt. Ein Lungenzentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.		
1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fall-konferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.		1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zusätzlich zu denen für eigene Patienten ebenso zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind.
2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein Lungenregister bündelt die Daten zu Erkrankungen der Lunge an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt.	2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein neurovaskuläres Register bündelt die Daten zu neurovaskulären Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.	2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein Lungenregister bündelt die Daten zu Erkrankungen der Lunge an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt.
3. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen		3. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort-

gen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	oder Weiterbildungsveranstaltungen an, die auch den eigenen Mitarbeiter zu Gute kommen können. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.
4. Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	
5. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Lungenzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Lungenzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	
6. Das spezialisierte Fachwissen der Lungenzentren muss jederzeit für die Kliniken des Netzwerks verfügbar sein. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	6. Das spezialisierte Fachwissen der Lungenzentren muss jederzeit für die Leistungserbringer des Netzwerks verfügbar sein. Diese Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer können daher auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).
	7. SOPs sind adaptierte, klinische Leitlinien, basierend auf den Leitlinien nationaler und

		internationaler Fachgesellschaften für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie werden durch interdisziplinäre Projektgruppen ausgearbeitet und jährlich aktualisiert. Die Leitlinien werden in interaktiver Form bereitgestellt. Die SOPs werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert.
		8. Die besonderen Aufgaben entstehen aus der besonderen Fachexpertise im Zentrum. Die Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind u.a. die Koordination der Aktivitäten und Projekte im Zentrum, z. B. Informationsveranstaltungen mit allen Kooperationspartnern des Zentrums, Einführung einer Zentrums-Software, Koordination und Umsetzung einheitlicher Fortbildungen, auch bei Kernleistungserbringern. Ein weiteres Feld betrifft die Überwachung der Einrichtung, Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems im Zentrum; die Koordination der Änderungen und Genehmigung der Weitergabe von Patientenpfaden, deren Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards, Informationsblätter usw. Eine weitere besondere Aufgabe des Managements eines Netzwerkes kann in der Kontrolle von Boards für die speziellen Erkrankungen, und der Informationsvermittlung an die Geschäftsführungen der beteiligten Krankenhäuser sowie in der Überprü-

		fung des Erfüllungsgrades der Qualitätsziele anhand des internen Qualitätsberichts und Initiierung von Verbesserungen liegen. Ohne die Netzwerkkoordination wären die wesentlichen Aufgaben wie Qualitätsmanagement, Dokumentation, Fortbildung und Information sowie Wissenschaft und Evaluation nicht zu bewerkstelligen. Der Einsatz von Brückenpflegepersonal ist Teil eines Betreuungsnetzwerks z. B. im Rahmen eines Lungenzentrums mit folgende Aufgaben und Schwerpunkten: • Entlassungsplanung. • Entwicklung eines Konzepts zur zukünftigen Versorgung und Betreuung mit allen Beteiligten, • Kontaktaufnahme und Kooperation mit Hausärzten, Fachärzten, ambulanten Pflegediensten, • Organisation von Pflegehilfsmitteln, Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Betreuung zu Hause, Schulung von Patienten/Bezugspersonen in grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen, Beratung und Antragstellung der Pflegeversicherung, über weitere Hilfsdienste. z.B. Selbsthilfegruppen/Beratungsstellen, bezüglich Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung,

		Psychosoziale Begleitung. Die Vernetzung von anderen Gesundheitsanbietern, und die Erschließung und Pflege von Versorgungsnetzwerken beinhaltet eine Vielzahl von differenzierten Aufgaben. Das Zentrum führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Hierunter sind bspw. auch zu fassen: • Selbsthilfegruppen: Vereinbarung, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird.

2.14 Anlage XIII – Sonstige ausgewiesene Zentren

2.14.1 § 1 Qualitätsanforderungen

UPV	DKG	GKV-SV
(1) Aufgrund der gesetzlichen Frist, einen ersten Beschluss bis zum 31. Dezember 2019 zu treffen, musste die Reihenfolge der vom G-BA zu beratenden Zentren priorisiert werden. Dabei konnten aus Zeitgründen nur die besonderen Aufgaben und fachlich gebotenen Qualitätsanforderungen des größten Teils der in den Krankenhausplänen der Bundesländer aufgeführten Zentren beschlossen werden. Damit verbleiben einige, in der fachlichen Ausrichtung unterschiedliche Zentren, die bundesweit nur an wenigen Standorten besondere Aufgaben im Sinne des § 3 dieser Regelungen wahrnehmen. Derzeit wird die Festlegung von Qualitätsanforderungen für diese Zentren nicht als erforderlich zur Erfüllung von besonderen Aufgaben im Sinne von § 136c Abs. 5 S. 5 SGB V angesehen. Denn ohne Bestimmung von Anforderungen durch den G-BA wirken die entsprechenden landesspezifischen Regelungen des Krankenhausplans fort. Weiterhin ist sichergestellt, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, weil das Zentrum vor dem 01.01.2019 - und damit vor Inkrafttre-	(1) Aufgrund der gesetzlichen Frist, einen ersten Beschluss bis zum 31. Dezember 2019 zu treffen, musste die Reihenfolge der vom G-BA zu beratenden Zentren priorisiert werden. Dabei konnten aus Zeitgründen nur die besonderen Aufgaben und fachlich gebotenen Qualitätsanforderungen des größten Teils der in den Krankenhausplänen der Bundesländer aufgeführten Zentren beschlossen werden. Damit verbleiben jedoch in den Bundesländern zum Teil weitere Zentren, die von den bisherigen Regelungen im G-BA noch nicht umfasst sind. Um seinen Regelungsauftrag abschließend zu erfüllen, ohne dass die Wahrnehmung der krankenhaushausplanerisch zugewiesenen besonderen Aufgaben eingestellt wird und damit qualitative Einbußen bei der Patientenversorgung entstehen, macht sich der G-BA temporär die von den Bundesländern festgelegten Qualitätsanforderungen zu eigen. Um den heterogenen Umsetzungsstand bezüglich der Zentrenanweisung in den einzelnen Bundesländern zu berücksichtigen, muss die Ausweisung vor dem 01.01.2021 erfolgt sein. Der G-BA wird unmittelbar nach der Erstfassung dieser Zentrums-Regelungen die Beratungen aufnehmen	--

ten des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein muss, um besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG wahr zu nehmen. Da die Länder die besonderen Aufgaben in Ansehung ihrer eigenen Qualitätssicherung übertragen, ist somit bis auf Weiteres die Qualität der Versorgung bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben in Zentren und Schwerpunkten als hinreichend gesichert anzusehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prüft bis zum 31. Dezember 2022 erneut die Erforderlichkeit von Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren	und prüfen, ob und wie entsprechende Konkretisierungen als Anlagen zu diesen Regelungen realisierbar sind und diese Beratungen spätestens bis zum 31.12.2024 abschließen	
(2) Diese Regelung soll sicherstellen, dass die besonderen Aufgaben nur von den Zentren erbracht werden, die auch die vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllen. Aufgrund der Heterogenität der bereits ausgewiesenen Zentren, die sich aus den Problemen bei der Anwendung des Schiedsspruchs ergibt, muss effektiv ausgeschlossen werden, dass identische Aufgaben von unterschiedlich qualifizierten Zentren erbracht werden. Daher gehen die bisher von subspezialisierten Zentren erbrachten besonderen Aufgaben über auf die durch den G-BA in den Anlagen I bis VII beschriebenen Zentren. So übernehmen beispielsweise die onkologischen Zentren dieser Regelungen die bisher u.a. von Kinderonkologischen Zentren und Brustzentren erbrachten besonderen Aufgaben, die Traumazentren u.a. die besonderen	--	--

Aufgaben der Zentren für Schwerbrandverletzte, die Herzzentren u.a. die der Kinderherzzentren usw.		

2.14.2 § 2 Besondere Aufgaben

UPV	DKG	GKV-SV
Hier werden die besonderen Aufgaben von Zentren festgelegt. Ein Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.		--
1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zusätzlich zu denen für eigene Patienten ebenso zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind.	--
2. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen	2. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an, die auch den eigenen Mitarbeiter zu Gute kommen können. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht	

und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	
3. Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.		--
4. Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Kliniken des Netzwerks verfügbar sein. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	4. Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Leistungserbringer des Netzwerks verfügbar sein. Diese Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer können daher auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	
--	5. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein Register bündelt die Daten zu zentrumsspezifischen Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt.	--

--	6. SOPs sind adaptierte, klinische Leitlinien, basierend auf den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie werden durch interdisziplinäre Projektgruppen ausgearbeitet und jährlich aktualisiert. Die Leitlinien werden in interaktiver Form bereitgestellt. Die SOPs werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert.	--
--	7. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	--
--	8. Die besonderen Aufgaben entstehen aus der besonderen Fachexpertise im Zentrum. Die Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind u.a. die Koordination der Aktivitäten und Projekte im Zentrum, z. B. Informati-	--

	onsveranstaltungen mit allen Kooperationspartnern des Zentrums, Einführung einer Zentrums-Software, Koordination und Umsetzung einheitlicher Fortbildungen, auch bei Kernleistungserbringern. Ein weiteres Feld betrifft die Überwachung der Einrichtung, Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems im Zentrum; die Koordination der Änderungen und Genehmigung der Weitergabe von Patientenpfaden, deren Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Standards, Informationsblätter usw. Eine weitere besondere Aufgabe des Managements eines Netzwerkes kann in der Kontrolle von Boards für die speziellen Erkrankungen, und der Informationsvermittlung an die Geschäftsführungen der beteiligten Krankenhäuser sowie in der Überprüfung des Erfüllungsgrades der Qualitätsziele anhand des internen Qualitätsberichts und Initiierung von Verbesserungen liegen.	

2.15 Alternativvorschlag GKV-SV Anlage VIII – Nephrologische Zentren

2.15.1 § 1 Qualitätsanforderungen

UPV	GKV-SV	DKG
--	Aufgrund der gesetzlichen Frist, einen ersten Beschluss bis zum 31. Dezember 2019 zu treffen, musste die Reihenfolge der vom G-BA zu beratenden Zentren priorisiert werden. Dabei konnten die nephrologischen Zentren aus Zeitgründen noch nicht berücksichtigt werden. Da er jedoch von der Notwendigkeit dieser Zentren überzeugt ist, wird der G-BA die Beratungen zu den nephrologischen Zentren unmittelbar nach der Erstfassung dieser Zentrums-Regelungen aufnehmen und bis zum 31.12.2020 abschließen. Damit die bestehenden Strukturen bis zur Beschlussfassung erhalten bleiben können, macht sich der G-BA temporär die von den Bundesländern festgelegten Qualitätsanforderungen zu eigen. Um sicherzustellen, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, muss das Zentrum vor dem 01.01.2019 - und damit vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein.	--

2.15.2 § 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
--	Hier werden die besonderen Aufgaben von nephrologischen Zentren festgelegt. Ein nephrologisches Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.	--
--	1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	--
--	2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein nephrologisches Register bündelt die Daten zu Erkrankungen der Niere an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutions-	--

	übergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig.	
--	3. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	--
--	4. Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	--
--	5. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen),	--

	die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des nephrologischen Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das nephrologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	
--	6. Das spezialisierte Fachwissen der nephrologischen Zentren muss jederzeit für die Kliniken des Netzwerks verfügbar sein. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	--

2.16 Anlage IX – Transplantationszentren (GKV-SV)

2.16.1 § 1 Qualitätsanforderungen

UPV	GKV-SV	DKG
--	Transplantationszentren übernehmen mit ihrer besonderen Expertise eine wichtige Rolle in der Mitbetreuung und Therapieplanung von Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser vor- und nach einer Organübertragung. Aufgrund der gesetzlichen Frist, einen ersten Beschluss bis zum 31. Dezember 2019 zu treffen, musste die Reihenfolge der vom G-BA zu beratenden Zentren priorisiert werden. Dabei konnten die Transplantationszentren aus Zeitgründen noch nicht berücksichtigt werden. Da er jedoch, unter Berücksichtigung der Priorisierung der versorgungsrelevanten Zentren durch die Länder von der Notwendigkeit dieser Zentren überzeugt ist, wird der G-BA die Beratungen zu den Transplantationszentren unmittelbar nach der Erstfassung dieser Zentrums-Regelungen aufnehmen und bis zum 31.12.2020 abschließen. Damit die bestehenden Strukturen bis zur Beschlussfassung erhalten bleiben können, macht sich der G-BA temporär die von den Bundesländern festgelegten Qualitätsanforderungen zu eigen. Um sicherzustellen, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, muss das Zentrum	--

	vor dem 01.01.2019 - und damit vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein.	

2.16.2 § 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
--	Hier werden die besonderen Aufgaben von Transplantationszentren festgelegt. Ein Transplantationszentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.	--
--	1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	--
--	2. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Wei-	--

	terbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhaus-fall des Zentrums zuordnen lassen und da-her nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	
--	3. Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patienten-versorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	--
--	4. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Transplantationszentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Transplantationszentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche	--

	Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	
--	5. Das spezialisierte Fachwissen der Transplantationszentren muss jederzeit für die Kliniken des Netzwerks verfügbar sein. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	--

2.17 Anlage X – Kinderonkologische Zentren (GKV-SV)

2.17.1 § 1 Qualitätsanforderungen

UPV	GKV-SV	DKG
--	In Deutschland erkranken jährlich durchschnittlich 2.095 Kinder unter 18 Jahren an Krebs erkrankt. Die häufigsten Diagnosegruppen bei Kindern sind die Leukämien und Lymphome sowie die Tumoren des zentralen Nervensystems¹. Zwischen 1980 und 2014 haben sich die alters-standardisierten Sterberaten für Kinder unter 15 Jahren insbesondere aufgrund der Weiterentwicklung von Therapiemöglichkeiten in Deutschland fast halbiert². Für die Weiterentwicklung von Therapiestandards und Langzeitbetreuung von Kindern mit onkologischen Erkrankungen, ist die Bündelung besonderer Aufgaben in Kinderonkologischen Zentren erforderlich. Aufgrund der gesetzlichen Frist, einen ersten Beschluss bis zum 31. Dezember 2019 zu treffen, musste die Reihenfolge der vom G-BA zu beratenden Zentren priorisiert werden. Dabei konnten die kinderonkologischen Zentren aus Zeitgründen noch nicht berücksichtigt werden. Da er jedoch, unter Berücksichtigung der Priorisierung der versorgungsrelevanten Zentren durch die Länder, von der Notwendigkeit dieser	--

	Zentren überzeugt ist, wird der G-BA die Beratungen zu den kinderonkologischen Zentren unmittelbar nach der Erstfassung dieser Zentrums-Regelungen aufnehmen und bis zum 31.12.2020 abschließen. Damit die bestehenden Strukturen bis zur Beschlussfassung erhalten bleiben können, macht sich der G-BA temporär die von den Bundesländern festgelegten Qualitätsanforderungen zu eigen. Um sicherzustellen, dass nur die etablierten Zentren die besonderen Aufgaben wahrnehmen, muss das Zentrum vor dem 01.01.2019 - und damit vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals - im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein.	

¹ Robert Koch-Institut (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krebs/Krebsgeschehen_RKI.pdf (Stand 13.08.2019).

¹ Ebd.

2.17.2 § 2 Besondere Aufgaben

UPV	GKV-SV	DKG
--	Hier werden die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren festgelegt. Ein kinderonkologisches Zentrum kann eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben wahrnehmen.	--
--	1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der	--

	Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	
	2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Ein kinderonkologisches Register bündelt die Daten zu kinderonkologischen Erkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutions-übergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. Nicht zuschlagsfähig sind die klinischen Krebsregister gemäß § 65c SGB V, da diese bereits auf Basis anderer gesetzlicher Regelungen finanziert werden.	
	3. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es	

	handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhaus-fall des Zentrums zuordnen lassen und da-her nicht fallbezogen abgerechnet werden können.	
	4. Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patienten-versorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.	
	5. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des kideronkologischen Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das kinder-onkologische Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die	

	Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes.	
	6. Das spezialisierte Fachwissen der kinderonkologischen Zentren muss jederzeit für die Kliniken des Netzwerks verfügbar sein. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung).	

3. Bürokratiekostenermittlung

Als Grundlage für die Bewertung der vorhandenen Evidenz diene der Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (IQWiG-Abschlussbericht Nr. 326, *Nutzenbewertung antikörperbeschichteter, medikamentenfreisetzender Stents (AK-DES) bei der Behandlung von Koronargefäßstenosen*, veröffentlicht am 24.09.2015).

4. Verfahrensablauf

5. Fazit

Berlin, den XX. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über
Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und
Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V

(Zentrums-Regelungen)

Erstfassung

Berlin, 25.09.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 28.08.2019 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zur Erstfassung eines Beschlussentwurfes über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) aufgefordert.

Hintergrund

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes zu beschließen. Im Gesetzestext vorgegeben ist, dass die besonderen Aufgaben sich insbesondere aus

- a) einer überörtlichen und krankenhaushübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
- b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder
- c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben.

Zu gewährleisten sei dabei, dass es sich „nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen dieses Buches finanziert werden“. Außerdem wurde der G-BA in diesem Rahmen beauftragt, „soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist, (...) erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen“.

Ergänzende Regelungen zu Zentren finden sich im Krankenhausentgeltgesetz, in dem unter anderem festgelegt ist, dass besondere Aufgaben nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraussetzen. Vor dem Hintergrund dieser Rahmenvorgaben sollen durch die Parteien der Pflegesatzvereinbarung für die Erbringung von besonderen Aufgaben Zuschläge vereinbart werden.

In dem vorliegenden, sehr komplexen und zwischen den Parteien des G-BA nicht konsensfähigen Papier geht es im Wesentlichen um die Frage, ob die Erbringung besonderer Aufgaben auf sehr wenige sogenannte „Leuchttürme“ beschränkt bleiben soll. Nach dem Konzept von GKV-SV und Patientenvertretung würden Zentren, auch unabhängig von den besonderen Aufgaben selbst, strenge Qualitätsvorgaben erfüllen müssen, um zuschlagsfähig zu sein. Dem gegenüber steht das maßgeblich von der DKG getragene Konzept bei dem primär die Festlegung zuschlagsfähiger besonderer Aufgaben im Vordergrund der Regelung stehen soll. Die Vorgaben, die zur Erbringung der besonderen Aufgaben gefordert werden, sollen dabei zwar einem einheitlichen Standard folgen, der jedoch nicht zu einer radikalen Reduzierung der ausgewiesenen Zentren führen würde.

Auch bei den besonderen Aufgaben selbst besteht Uneinigkeit ob diese ausschließlich für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser zu erbringen sind oder ob in diesem Rahmen auch Leistungen für eigene Patienten, eigene Mitarbeiter und ambulante Leistungserbringer bzw. Patienten vergütet werden sollen.

Eine maßgebliche Frage ist dabei auch, inwieweit die bisherigen Ausweisungen und Anforderungen der Länder berücksichtigt werden.

In den Anhängen des Entwurfes werden für ausgewählte Zentrumstypen Qualitätskriterien und besondere Aufgaben aufgelistet. Auch hier weicht die Ausgestaltung der verschiedenen Bänke erheblich voneinander ab. Folgende Zentren sind Gegenstand der geplanten Regelung:

Anlage I: Seltene Erkrankungen

Anlage II: Onkologische Zentren

Anlage III: Traumazentren

Anlage IV: Rheumatologische Zentren

Anlage V: Herzzentren

Anlage VI: Schlaganfallzentren (Interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren)- bis zur Prüfung der Erforderlichkeit einer Regelung (Unparteiischer Vorsitzender UPV) bzw. zu einem Beschluss des G-BA (GKV-SV, DKG) zu Qualitätsanforderungen für diesen Zentrumstyp sind hier bislang lediglich zuschlagsfähige besondere Aufgaben aufgelistet. Bis dahin gelten die Anforderungen des Landeskrankenhausplans. Voraussetzung ist eine Ausweisung dieses Zentrumstyps im Landeskrankenhaus bis zu einem bestimmten Stichtag.

Anlage VII: Lungenzentren- (Ausgestaltung wie Schlaganfallzentren)

Zusätzlich schlägt der GKV-SV drei weitere Zentren vor (Nephrologisches Zentrum, Transplantationszentrum, Kinderonkologisches Zentrum, Anlagen VIII-X GKV-SV), die zukünftig in die Regelung einbezogen werden sollen (Regelung analog Anlagen VI und VII).

Die DKG und der Unparteiische Vorsitzende (UPV) hingegen schlagen vor, dass alle in den Landeskrankenhausplänen bereits ausgewiesenen Zentren definierte besondere Aufgaben nach den dortigen Maßgaben erbringen dürfen, sofern in der Zentrums-Regelung des G-BA (noch) nicht explizit Qualitätsvorgaben geregelt sind (Anlage VIII). Dabei unterscheiden sich die festgelegten Fristen der Ausweisung und Ausgestaltung und der Umfang der aufgelisteten besonderen Aufgaben voneinander.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung

Grundsätzlich erlaubt sich die Bundesärztekammer anzumerken, dass das Ausmaß der in diesem Beschlussentwurf vorgelegten Dissense zwischen den Bänken sowie auch die Kleinteiligkeit der Formulierungen das Verständnis für den Beschlussentwurf deutlich erschweren. Es erscheint unklar, wie die stellungnahmeberechtigten Organisationen zu einer Urteilsfindung gelangen sollen, wenn selbst bei vermeintlichem Konsens der eigentlichen Regelung teilweise unterschiedliche „Tragende Gründe“ angeführt werden, die einen mehr oder weniger großen Interpretationsspielraum zulassen. Vermeintliche Dissense unterscheiden sich oft lediglich durch einzelne Wörter. Dadurch erschließt sich dem Leser der eigentliche inhaltliche Dissens häufig nicht. Unverständlich ist auch, warum die Ländervertretung für von ihnen vorgebrachte Formulierungen kaum Tragende Gründe anführt. Die Stellungnahmefrist ist angesichts des Umfangs der Richtlinie unzureichend.

Die Bundesärztekammer begrüßt das Bestreben des Gesetzgebers, zuschlagsfähige besondere Aufgaben zu konkretisieren, einheitliche Vorgaben für die Erfüllung dieser besonderen Aufgaben vorzulegen und damit eine Rechtssicherheit bei der Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte zu erzielen. Die Bundesärztekammer hält es jedoch für fraglich, ob eine Regelung auf Basis der vorgelegten Formulierungen und Konzepte eine patientengerechte Ausgestaltung der spezialisierten Versorgung in Zentren und Schwerpunkten herbeiführen kann und ob diese zielführend zu sein vermag, um in

Zukunft Rechtsstreitigkeiten bezüglich der Vergütung besonderer Aufgaben durch Zentren und Schwerpunkte zu vermeiden.

Angesichts der anscheinend grundlegend unterschiedlichen Auslegung des gesetzlichen Auftrags unter den Bänken des G-BA, ist eine sachgerechte Bewertung dieser sehr unterschiedlichen Ansätze problematisch. Es erscheint grundsätzlich unklar, ob der Gesetzgeber den Schwerpunkt in der Neuordnung und Ausgestaltung zuschlagsfähiger Zentren und Schwerpunkten sieht oder in der Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die von ausgewiesenen Zentren zukünftig zu erbringen mit Zusatzentgelten zu vergütet sind, da sie in der geltenden Finanzierungssystematik nicht vorgesehen sind.

Die Bundesärztekammer beobachtet mit Sorge in der gegenwärtigen Versorgung die große Heterogenität in der Ausgestaltung von Zentren und Schwerpunkten, die inflationäre Verwendung der Begrifflichkeiten „Zentrum“ und Schwerpunkt“ sowie den zunehmenden Druck, eine Ausweisung oder Zertifizierung als Zentrum vorweisen zu müssen, um als qualitativ hochwertiger Leistungserbringer anerkannt zu sein. Die Bundesärztekammer sieht daher grundsätzlich die Notwendigkeit einer Vorgabe grundlegender und bundesweit einheitlicher Anforderungen, um eine über die medizinische Standardversorgung der Patienten hinausgehende Funktion eines Krankenhauses auszuweisen. Nur bei einheitlich geltenden Anforderungen kann der Zentrumsbegriff auch Patientinnen und Patienten als Orientierung dienen. Die detaillierte und kleinteilige Festlegung, wie sie in den Anlagen vorgenommen wird, ist jedoch nicht zielführend, sinnvoller wäre es, im allgemeinen Teil generelle Mindestanforderungen aufzuführen, die von allen Zentren erbracht werden müssen.

Die sehr hohen Anforderungen im Beschlussentwurf des GKV-SV dürften zu einer eklatanten Reduzierung von Zentren im entgeltrechtlichen Sinne führen. Im Sinne einer fachgebiets- und leistungserbringerübergreifenden Versorgung von Patienten mit komplexen, oftmals chronischen und besonders anspruchsvollen Erkrankungen, sollten definierte besondere Aufgaben jedoch auch zukünftig nicht ausschließlich durch die als „Leuchttürme“ bezeichneten Leistungserbringer erbracht und vergütet werden. Es ist zu überlegen, ob eine Konkretisierung von besonderen Aufgaben nicht auch eine nähere Beschreibung der Aufgabenerfüllung an sich umfassen sollte, d. h. Kriterien wie z. B. eine interdisziplinäre Fallkonferenz, ein fachgebundenes Kolloquium oder auch die Erarbeitung von Behandlungspfaden und SOPs, zuschlagsfähig machen.

Es erschließt sich der Bundesärztekammer nicht, warum der Schwerpunkt der besonderen Aufgaben auf Leistungen für Patienten anderer Krankenhäuser gelegt werden sollen. Die genannten Zentren behandeln Patienten mit hoch-komplexen Krankheitsbildern. Deren Versorgung sowie die damit verbundenen Koordinations- und Netzwerkleistungen werden durch DRG-Pauschalen nicht angemessen abgebildet. Diese Leistungen müssen sachgerecht vergütet werden.

Es stellt sich gerade in Bezug auf die Ausführungen des GKV-SV die Frage, inwieweit im Rahmen der Erarbeitung des Beschlussentwurfes eine Folgenabschätzung stattgefunden hat. So wäre es für eine Beurteilung des Entwurfes hilfreich zu wissen, wie viele Krankenhäuser nach derzeitigem Stand die Anforderungen erfüllen würden und wie diese deutschlandweit verteilt wären.

Wichtig und entscheidend für die letztendliche Ausgestaltung und Auswirkungen ist die Frage nach der Feststellung und Überprüfung der durch den G-BA definierten Anforderungen. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass diese verbindlich im Rahmen der krankenhaushausplanerischen Feststellung nach § 2 Abs. 2 KHEntG erfolgen. Es gehört zur Verantwortung der Bundesländer, ihre krankenhaushausplanerischen Festlegungen an die Erfüllung der erforderlichen Qualitätsanforderungen zu binden. Die auf gesetzlicher

Grundlage an der Krankenhausplanung beteiligten Institutionen sind dabei einzubeziehen. Diese Verantwortung darf nicht in die bilateralen und notwendigerweise stark von den beiderseitigen wirtschaftlichen Interessen geprägten Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen verlagert werden, in denen es ohne einen „neutralen Dritten“ nur schwer zu sachgerechten Einigungen kommen wird.

Ebenfalls sehr wichtig ist aus Sicht der Bundesärztekammer die Berücksichtigung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte. Sofern einzelne Kompetenzen, die in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vorgeschrieben sind, nur an Zentren erworben werden können, muss jeder betroffene Arzt einen Teil seiner Weiterbildung dort abgeleistet. Dies kann zu Engpässen führen, die durch verpflichtende Kooperationsverträge mit anderen Krankenhäusern verhindert werden können.

Im Folgenden werden einzelne Punkte des Gesetzentwurfes, sortiert nach der im Beschlussentwurf vorgegebenen Nummerierung und in chronologischer Reihenfolge, kommentiert. Konkrete Änderungsvorschläge sind den jeweiligen Punkten zugeordnet. Aufgrund der in Relation zum Umfang des Beschlussentwurfes kurzen Stellungnahme-Frist ist es der Bundesärztekammer nicht möglich, eine detaillierte Stellungnahme zu den vorgeschlagenen Zentrumstypen abzugeben. Die Stellungnahme hierzu beschränkt sich daher auf Kernpunkte.

Stellungnahme im Einzelnen

§ 1 Rechtsgrundlage

A) Beabsichtigte Regelung

(1): Die Ländervertretung fordert in Absatz 1, dass „in diesem Rahmen“ die „Einhaltung der Anforderungen dieser Regelungen zu prüfen“ ist. Da hierzu keine Tragenden Gründe angeführt sind, bleibt unklar, wen die Länder für eine solche Prüfung vorsehen.

(2) Absatz 2 legt einvernehmlich fest, dass die Vereinbarung von Zuschlägen im Rahmen der Pflegebudgetverhandlungen erfolgt, sodass anscheinend eine Prüfung im Rahmen der bilateralen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vorgesehen ist. Dabei ist die Frage, wer die Erfüllung der durch den G-BA definierten Anforderungen feststellt bzw. überprüft, entscheidend für die letztendliche Ausgestaltung. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass diese im Rahmen der krankenhausesplanerischen Feststellung nach § 2 Abs. 2 KHEntG verbindlich getroffen wird. Ein anderes Vorgehen würde aus Sicht der Bundesärztekammer die mit der Einfügung von Satz 4 in § 2 Abs. 2 KHEntG verbundene Absicht des Gesetzgebers konterkarieren, es gerade der Entscheidung der Länder anheimzustellen, welche Einrichtungen mit besonderen Aufgaben betraut und damit auch zuschlagsberechtigt werden. So heißt es in der Gesetzesbegründung zu Artikel 2 Nr. 3b des Krankenhausstrukturgesetzes (BT-Drs. 18/5372, S. 58): „Der besondere Versorgungsauftrag führt wegen der Verknüpfung von Krankenhausplanungs- und Krankenhausfinanzierungsrecht dazu, dass auch entgeltrechtlich von einer zuschlagsberechtigten Einrichtung ausgegangen werden kann. Mit dem neuen Satz 4 wird deshalb ausdrücklich klargestellt, dass Voraussetzung für eine Zuschlagsberechtigung die Wahrnehmung besonderer Aufgaben ist, die der Einrichtung durch Entscheidung des jeweiligen Landes zugewiesen sind.“ Dem so formulierten Ziel des Gesetzgebers würde es zuwiderlaufen, wenn letztlich erst in den bilateralen Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen entschieden wird, ob ein Krankenhaus überhaupt die Voraussetzungen erfüllt. Tatsächlich ist aus Sicht der Bundesärztekammer in

diesen Verhandlungen nicht mehr über das „ob“, sondern lediglich über die Höhe und konkrete Ausgestaltung der Zuschläge zu verhandeln.

B) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Zu (1): Die Formulierung der Ländervertretung sollte wie folgt geändert werden:

(1) „Diese Regelung (...) legt, soweit erforderlich, die Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben fest. **Im Rahmen der Festlegungen nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntG ist die Einhaltung der Anforderungen dieser Regelungen durch die Länder zu prüfen.**“

Zu (2): Zusätzlich sollte in Absatz 2 des Beschlussentwurfes die folgende Formulierung als letzter Satz ergänzt werden:

„Die Länder prüfen im Rahmen ihrer Feststellungen nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntG die Erfüllung der Anforderungen dieser Regelungen.“

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, in diesem Zusammenhang den letzten Satz der Tragenden Gründe zu Absatz 3 in der GKV-SV/KBV-Version zu streichen („Eine Ausweisung im Krankenhausplan des Landes ist eine notwendige, aber keine alleinige Voraussetzung, um Zuschläge für besondere Aufgaben zu vereinbaren.“). Eine Ausweisung sollte nur nach stattgehabter Prüfung der Anforderungen durch die Länder erfolgen.

§ 3 Besondere Aufgaben (bzw. Grundsätze besonderer Aufgaben)

A) Beabsichtigte Regelung

(6): Während der GKV-SV, die KBV und die PatV sich dafür aussprechen, dass die besondere Aufgaben abschließend in dieser Regelung konkretisiert werden, möchte die LV dies auf besondere Aufgaben beschränken, die in den Anlagen der Regelung konkretisiert sind. „Unberührt davon bleibt die Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder.“

(7): LV und DKG sprechen sich in Absatz 7 für eine Übergangsregelung aus, die Zentren, denen vor Inkrafttreten dieses Beschlusses besondere Aufgaben zugewiesen wurden, die Möglichkeit einräumt, die erforderlichen Anforderungen in einem bestimmten Zeitrahmen (LV 3 Jahre, DKG 2 Jahre) zu erfüllen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zu (6): Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, den Formulierungsvorschlag der LV zu übernehmen und den Ländern so die Möglichkeit einzuräumen, auf besondere Versorgungserfordernisse einzugehen.

Zu (7): Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen einer Übergangsregelung im Sinne einer Planungssicherheit für die Krankenhäuser.

§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben

A) Beabsichtigte Regelung

(3): Nach dem Beschlussentwurf werden ambulante Leistungen als nicht zuschlagsfähig angesehen. Die KBV spricht sich jedoch in den Tragenden Gründen dafür aus, dass ambulante Leistungserbringer „im Sinne einer sektorenübergreifenden und patientenzentrierten Versorgung“ in die Vermittlung von Expertise in Form von besonderen Aufgaben der Zentren eingebunden werden könnten, insbesondere im Rahmen zentrumsbezogener Fort- und Weiterbildungen sowie Fallkonferenzen.“

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht gerade auch die sektoren- und expertiseverbindenden Ansätze von Zentren als einen der entscheidenden Vorteile für die Patientenversorgung. Der kategorische Ausschluss ambulanter Leistungen birgt die Gefahr von Abgrenzungsstreitigkeiten z.B. von koordinierenden Aufgaben und Netzwerkfunktionen. Die langfristige Begleitung von Patienten mit seltenen bzw. komplexen Erkrankungen wird extrem erschwert, wenn kategorisch jede ambulante Leistung ausgeschlossen wird. Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen der KBV und regt an, die strikt auf den stationären Sektor ausgerichtete Ausgestaltung im Sinne der Patientenzentrierung zu überdenken. Die Bundesärztekammer gibt außerdem zu bedenken, dass es in diesem Sinne auch durchaus vorstellbar ist, dass Zentren Aufgaben, z.B. Beratungen oder Fallkonferenzen, für ambulante Patienten erbringen, die ebenfalls derzeit nicht in der Vergütungssystematik vorgesehene Zentrumsleistungen sind.

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG können die besonderen Aufgaben auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

§ 5 Qualitätsanforderungen (DKG: Grundsätze zu Qualitätsanforderungen)

A) Beabsichtigte Regelung

Während die DKG als Voraussetzung für die Wahrnehmung besonderer Aufgaben „im Sinne dieser Regelung“ die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, sofern spezielle personelle, sächliche und organisatorische Aufgaben in den Anlagen definiert sind, vorgibt, legen GKV-SV, PatV und KBV grundlegende Vorgaben und Begrifflichkeiten fest, die sich auf die in den Anlagen ausgeführten Qualitätsanforderungen einzelner Zentren beziehen, z. B. die Definition eines „Standortes“ bzw. einer „Fachabteilung“, der grundsätzliche Umgang mit Mindestfallzahlen, die Barrierefreiheit oder die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zentrenbildung darf nicht zu einer Einschränkung von Qualifizierungsmöglichkeiten für das medizinische Personal führen. Das droht dann, wenn bestimmte Leistungen, die für die Qualifizierung erforderlich sind, nur noch in Zentren erbracht werden und somit in anderen Krankenhäusern nicht mehr erbracht werden können.

Sofern einzelne Kompetenzen, die in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vorgeschrieben sind, nur an solchen Zentren erworben werden können, muss ein Teil der Weiterbildung dort abgeleistet werden. Dies kann zu Engpässen führen, die durch verpflichtende Kooperationsverträge mit anderen Krankenhäusern verhindert werden können. In Nordrhein-Westfalen sieht der Landeskrankenhausplan z.B. für alle Zentrumsstypen, bei denen dies relevant ist, hierzu die Anforderung „Abschluss eines zentrumsübergreifenden Kooperationskonzeptes für die Weiterbildung“ vor.

Zu (2) (GKV-SV/KBV): „Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen“:

Die Formulierung „zu jeder Zeit“ ist mit ihrem Bezug zu sämtlichen Qualitätsvorgaben in der Ausgestaltung ungenau und verleitet nach Ansicht der Bundesärztekammer zu Rechtsstreitigkeiten. Die Erfüllung von Vorgaben „am Standort“ ist in einer Regelung, bei der es um fachübergreifende Zusammenarbeit in einem Netzwerk geht, kontraproduktiv. Die Länder sollten im Einzelfall entscheiden dürfen, dass zwei oder mehrere Kliniken

gemeinsam oder kooperativ ein Zentrum bilden und die gestellten Aufgaben gemeinsam erfüllen.

Zu (3): Die Bundesärztekammer hat sich in der Vergangenheit bereits zu der vom G-BA gewählten Definition einer Fachabteilung geäußert, die auch in diesem Regelungsentwurf von GKV-SV/PatV bzw. KBV nicht zielführend ist und die trotz ihrer Kleinteiligkeit das zentrale Merkmal, die Leitung durch eine/n fachlich nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt/ärztin, vermissen lässt. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Fachabteilungsschlüssel für gänzlich andere Zwecke eingeführt wurde und bei der Identifikation einer Fachabteilung in diesem Sinne nicht hilfreich ist.

Das gleiche gilt für die Vorgabe einer jederzeitigen Facharzt-Präsenz am Patienten innerhalb von 30 Minuten. Auch wenn hier in den Tragenden Gründen ausgeführt wird, dass das zugrundeliegende Dienstmodell unerheblich sei, solange es zum gewünschten Ergebnis (der/die Facharzt/ärztin steht nach 30 Minuten am Bett) führt, ist hiermit eine Regelung vorgegeben, die Rechtsstreitigkeiten befördert, für den Patienten aber nicht zwingend zu einer Verbesserung führt.

Zu (6): Solange es keine konkreten Vorgaben gibt, was Barrierefreiheit in diesem Zusammenhang genau bedeutet und wie z.B. Bau- und Strukturmaßnahmen zur Erlangung der so definierten Barrierefreiheit finanziert werden sollen, sind auch diese Regelungen hier nicht zielführend.

Eine verpflichtende Barrierefreiheit, die über die Barrierefreiheit in der Krankenhausversorgung hinausgeht, ist nicht nötig. Sollte es aufgrund spezifischer fachlicher Gründe besondere Vorgaben geben müssen, kann dies über den Krankenhausplan erfolgen.

Zu den Anlagen

A) Beabsichtigte Regelung

In den Anlagen I-V werden Qualitätsanforderungen und Besondere Aufgaben von fünf Zentrumstypen aufgelistet (Seltene Erkrankungen, Onkologische Zentren, Traumazentren, Rheumatologische Zentren, Herzzentren). Auch hier besteht erheblicher Dissens zwischen den Bänken des G-BA.

Insgesamt sprechen sich GKV-SV und PatV für sehr hohe Anforderungen an die Zentren aus, die – additiv – erfüllt sein müssen um zuschlagsberechtigt besondere Aufgaben erbringen zu können. Die besonderen Aufgaben selbst beschränken sich auf ausgewählte Leistungen für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser, zusätzlich sollen besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements (Umsetzung und Bericht über den PDCA-Zyklus) zuschlagsfähig sein.

Die DKG hingegen sieht weniger detaillierte Anforderungen vor, um einen Spielraum für die Ausgestaltung zuzulassen. Der Umfang der besonderen Aufgaben wäre nach Vorstellung der DKG in der Regel größer und würde Leistungen für Patienten und Mitarbeiter der eigenen Einrichtung umfassen.

Zusätzlich schlagen der Unparteiische Vorsitzende und die DKG eine Übergangsregelung für sonstige Zentren vor, die vorsieht, dass alle bislang (oder bis zu einem bestimmten Stichtag) in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesenen Zentren, für die es in der Zentrums-Regelung (noch) keine Anlage gibt, ebenfalls Zuschläge für bestimmte besondere Aufgaben bei Einhaltung der von den Ländern im Landeskrankenhausplan ausgewiesenen Anforderungen erhalten dürfen. Unterschiede liegen hier im Stichtag der Ausweisung dieser Zentren im Landeskrankenhausplan und der Frage, ob im aktuellen Krankenhausplan bereits Zentrumszuschläge vereinbart sein müssen. Nach dem UPV soll diese Regelung

jedoch nicht für Zentren gelten, die nur einen Teil des Leistungsspektrums erbringen, das von den in den Anlagen I-VII definierten Zentren regelhaft erbracht werden kann.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich eine Ausgestaltung der Zentrums-Regelung, die sowohl eine faire und sachgerechte Vergütung von Leistungen ermöglicht, die mit den aktuellen Finanzierungskonzepten nicht abgedeckt sind, als auch Patienten und anderen Leistungsanbietern eine Orientierung zu den Versorgungsangeboten der hochspezialisierten Medizin bietet. Hierfür ist ein zentralisiertes, aber gleichzeitig flächendeckendes Angebot mit einheitlichen Standards die Voraussetzung.

Am Beispiel der Forderungen von GKV-SV und PatV zur Ausgestaltung der Zentren für Seltene Erkrankungen (SE) stellt sich der Bundesärztekammer jedoch die Frage, wie viele Krankenhäuser nach der Umsetzung überhaupt die Anforderungen erfüllen würden. Die ausformulierten Anforderungen scheinen hier teilweise über die Anforderungen von NAMSE selbst hinausgehen (z.B. Institut für Humangenetik und Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort). Die Vorgabe der Mindest-Patientenzahlen (5.000 Patienten mit einer seltenen Erkrankung als Hauptdiagnose) erscheint angesichts der Grundgesamtheit an Patienten mit seltenen Erkrankungen, der Schwierigkeiten bei der Kodierung der Erkrankungen und des hohen Anteils an Patienten, die in den Zentren einen diagnostischen Prozess durchlaufen ohne letztendlich eine SE-Diagnose zu erhalten, unrealistisch und auch unnötig.

Auch die Vorgaben für Herzzentren, wie z. B. Mindestzahlen, oder auch für Onkologische Zentren, wie die 24/7-Verfügbarkeit eines Pathologen, dürften nur von sehr wenigen Zentren erfüllbar sein. Bei einigen dieser Vorgaben erschließt sich der Bundesärztekammer kein Zugewinn an Qualität für die Patienten. Es scheint eher ein Bestreben zugrunde zu liegen, die Zahl der Zentren auf ein Minimum zu reduzieren.

Die Bundesärztekammer hält es für wichtig, dass bei der Ausgestaltung von Qualitätsvorgaben entsprechende Konzepte medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften berücksichtigt werden. Sie hält es aber aus systematischen Gründen für kritisch, wenn pauschal auf Leitlinien oder „Weißbücher“ von einzelnen Fachgesellschaften oder Verbänden verwiesen wird. Zum einen ist es in aller Regel erforderlich, die Perspektive unterschiedlicher Fachgesellschaften miteinander abzugleichen. Zum anderen würde der Verordnungsgeber mit einem pauschalen Verweis seine Gestaltungsmöglichkeiten aus der Hand geben, da jede Änderung der entsprechenden Dokumente automatisch eine Änderung der Mindestanforderungen des G-BA nach sich zöge. Die Bundesärztekammer spricht sich deswegen dafür aus, die Vorgaben auf Grundlage der fachlichen Vorarbeiten der Fachgesellschaften auszuwählen und explizit zu benennen.

Die Auflage für ein Zentrum, „mindestens jährlich wissenschaftliche Publikationen“ zu veröffentlichen (§ 1 Abs. 3 Anlage 1), ist aus wissenschaftlicher Sicht kontraproduktiv. Publiziert wird, wenn ein fachlicher Anlass dazu besteht. Publikationen nach Zeitvorgabe sind wenig sinnvoll und tragen zur Aushöhlung der Wissenschaften bei.

Der Auflage für ein Zentrum, als „besondere Maßnahmen“ des Qualitätsmanagements PDCA-Zyklen durchzuführen, liegt offenbart ein Miss- oder Fehlverständnis von Qualitätsmanagement zugrunde. Der PDCA-Zyklus stellt ein Grundprinzip des Qualitätsmanagements dar. Dies als „besondere Maßnahme“ zu deklarieren und gesondert einzufordern, ist nicht zielführend – nicht nur vor dem Hintergrund der G-BA-eigenen Qualitätsmanagement-Richtlinie, die immerhin § 2 Abs. 4 Anlage 1 Erwähnung findet.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
23. September 2019

Anlage I Seltene Erkrankungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 Qualitätsanforderungen, 6. Vorschlag der KBV	Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) stimmt dem Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu, dass die psychosoziale Betreuung der Patienten anhand eines Konzepts erfolgen soll, das sich, sofern vorhanden, an verfügbaren Leitlinien orientieren soll.	Die BPtK stimmt der Formulierung der KBV zu, aus der – im Gegensatz zum Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – stärker hervorgeht, dass die <u>psychosoziale Betreuung</u> der Patientinnen und Patienten anhand eines Konzeptes erfolgen soll und nicht lediglich ein Konzept zur psychosozialen Betreuung in der Einrichtung vorhanden sein soll. Den Zusatz, dass sich das Konzept der psychosozialen Betreuung bei seltenen Erkrankungen, sofern verfügbar, an Leitlinien orientieren soll, wie von der KBV vorgeschlagen, hält die BPtK im Sinne der Förderung einer qualitätsorientierten Versorgung für sinnvoll. Sofern in Leitlinien zu einzelnen seltenen Erkrankungen auch Empfehlungen zur psychosozialen Betreuung gegeben werden, sollten diese in den Zentren umgesetzt werden.
§ 2 Besondere Aufgaben, 11. Vorschlag der PatV	Die BPtK stimmt dem Vorschlag der Patientenvertretung (PatV) zu, dass die psychosoziale Betreuung zu den besonderen Aufgaben eines Zentrums gehören sollte. Die Ausführungen der PatV unter 11. konkretisie-	Nach dem Forschungsbericht zu seltenen Erkrankungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Jahr 2009 (Eidt D., Frank M., Reimann A. et al, Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen in

Anlage I Seltene Erkrankungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	ren diese Anforderungen und legen fest, dass jeder Patientin und jedem Patienten eine psychosoziale und sozialrechtliche Beratung angeboten werden soll.	Deutschland) besteht insbesondere in Bezug auf die psychosoziale Betreuung von Menschen mit seltenen Erkrankungen erheblicher Verbesserungsbedarf. Die BPtK hält es deshalb für sinnvoll, bei der Festlegung der besonderen Aufgaben von Zentren für seltene Erkrankungen, die Anforderungen an die psychosoziale Betreuung gesondert zu benennen.

Anlage II Anforderungen an onkologische Zentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Qualitätsanforderungen (2) Besondere personelle und fachliche Anforderungen, Vorschlag der DKG	(2) <u>Besondere personelle und fachliche Anforderungen:</u> Psychoonkologische Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (Diplom/Master)-oder Ärztinnen und Ärzte mit psychotherapeutischer Aus- bzw. Weiterbildung und jeweils einer psychoonkologischen Fortbildung.	Die BPtK begrüßt, dass zu den Aufgaben von Zentren auch die psychoonkologische Betreuung gehören soll, und dass die personellen und fachlichen Anforderungen an die psychoonkologische Versorgung der Patientinnen und Patienten in Zentren ausdrücklich festgelegt werden. Die BPtK hält es darüber hinaus für sachgerecht, dass diese durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen und Ärzte erbracht werden soll. Bei der Gruppe der Psychologinnen bzw. Psychologen schließt sich an das Diplom bzw. den Masterabschluss eine psychotherapeutische Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zur Psychologischen Psychotherapeutin an. Daher sollte hier die korrekte Berufsbezeichnung verwendet werden. Darüber hinaus ist auch der Heilberuf der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin bzw. des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in dieser Regelung zu berücksichtigen, nicht zuletzt, wenn es in den Zentren auch um die psychoonkologische Betreuung von minderjährigen Patientinnen und Patienten geht. Diese Qualitätsanforderungen entsprechen auch den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“. Um den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patientinnen und Patienten zu erfassen, ist gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie bei jeder

Anlage II Anforderungen an onkologische Zentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		Patientin und jedem Patienten das Ausmaß der psychosozialen Belastungen zu erfassen. Bei Vorliegen einer hohen psychosozialen Belastung ist nach den Empfehlungen im Weiteren diagnostisch abzuklären, ob eine psychische Komorbidität vorliegt oder nicht. Die Abklärung auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung erfordert psychotherapeutische Expertise. Um Patientinnen und Patienten eine zeitnahe psychoonkologische Versorgung zu ermöglichen und die psychoonkologische Versorgung zum integralen Bestandteil der onkologischen Behandlung zu machen, sollte diese im Zentrum selbst erfolgen können.

Anlage IV Anforderungen an Rheumatologische Zentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Qualitätsanforderungen (1a) Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie, Vorschlag der PatV	Die BPtK stimmt dem Vorschlag der PatV zu, unter d) zu verankern, dass der psychosoziale Dienst eine Expertise für Kinder und Jugendliche haben sollte.	Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen, die sich von denen chronisch kranker Erwachsener unterscheiden, angemessen Rechnung tragen zu können, ist eine besondere Expertise für diese Altersgruppe erforderlich.



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-1303

TELEFAX (0228) 997799-5550

E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Christian Heinick

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 17.09.2019

GESCHÄFTSZ. **13-315/072#1018**

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten**

BEZUG Ihr Schreiben vom 28.08.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine Stellungnahme zu diesem Beschlussentwurf gebe ich nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Stiftung Deutsche Krebshilfe
27.09.2019

	Stellungnahme	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht	Die Stiftung Deutsche Krebshilfe begrüßt die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren, insbesondere die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Onkologischen Zentren, die in dem Beschlussentwurf eine Sonderstellung einnehmen, da sie bereits auf positiv evaluierten Vorgaben aufbauen können. Die Deutsche Krebshilfe schließt sich insofern auch der dem Gemeinsamen Bundesausschuss bereits vorliegenden Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. uneingeschränkt an. Im Kontext der Ausführungen/Anmerkungen/Hinweise der Deutschen Krebsgesellschaft erscheint es uns jedoch wichtig, das in den letzten 12 Jahren von uns initiierte und entwickelte Strukturelement der Onkologischen Spitzenzentren (Comprehensive Cancer Center/CCCs) deutlich und mit dem entsprechenden Stellenwert für das Gesamtkonzept von Krebszentren herauszustellen: Mit dem Ziel, die Effizienz der onkologischen Versorgung zu steigern, diese stetig zu verbessern und flächendeckend in Deutschland auf ein qualitätsgesichertes hohes Niveau zu bringen, haben die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft das sogenannte 3-Stufen-Strukturmodell für die künftige Versorgung von Tumorkranken entwickelt: • Onkologische Spitzenzentren (CCCs) • Onkologische Zentren • Organkrebszentren. Die Krankheit Krebs in allen ihren Erscheinungsformen bedarf grundsätzlich einer spezialisierten Patientenversorgung in hoch kompetenten Einrichtungen. Um dies flächendeckend sicher zu stellen, bedurfte es aus Sicht der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft neuer organisierter und abgestimmter Strukturen. Neben den von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Organkrebszentren und klinischen Onkologischen Zentren wurden von der	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

	Stellungnahme	Begründung
	Deutschen Krebshilfe die CCCs initiiert und seit dem Jahre 2007 gefördert - mit zwei komplexen Aufgabenfeldern: Zum einen umfassende Patientenversorgung für alle Tumorentitäten mit Einbindung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten der jeweiligen Region (Etablierung regionaler onkologischer Versorgungsnetzwerke). Zum anderen die Durchführung translationaler Forschung, Entwicklung innovativer Versorgungsstrategien, Durchführung klinischer Studien - mit Zugang für regionaler Versorgungsnetzwerke - sowie Impulsgeber in allen Bereichen der Krebsbekämpfung. Auch die CCCs müssen - nach einer Vereinbarung zwischen Deutscher Krebsgesellschaft und Deutscher Krebshilfe - die Voraussetzungen DKG-zertifizierter Onkologischer Zentren erfüllen. Derzeit werden 13 universitäre CCCs gefördert. Zukünftig wird die Bildung und Förderung von CCC-Konsortien als notwendige und sinnvolle Weiterentwicklung verfolgt. Damit soll eine bessere Vernetzung und abgestimmte zentrumsübergreifende Zusammenarbeit von CCCs und darüber hinaus eine breitere Flächendeckung erreicht werden. Ein Beispiel für die Entwicklung innovativer Versorgungsstrategien ist das Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs - derzeit von Deutscher Krebshilfe und Krankenkassen gefördert -, das eine zentrale Netzwerkstruktur zwischen den CCCs implementiert mit einer harmonisierten breiten genomischen Test- und Befundinterpretation, Therapieempfehlung, Datensammlung und Evaluation sowie einer wohnortnahen dezentralen Behandlung für Patienten. Damit wird über die CCCs ein rascher Innovationstransfer in die Breite der Versorgung ermöglicht. Weitere Leistungen der Spitzenzentren und deren Netzwerk als Plattform im Sinne einer Wissen generierenden Versorgung sind Zweitmeinungssprechstunden, molekulare Tumorboards sowie der Aufbau regionaler Studiennetzwerke sowie umfassende 'Outreach-Programme', die Informationen über Präventions- und Therapiemöglichkeiten auch der breiten Bevölkerung und den Angehörigen von Patienten nahe bringen. In den CCCs werden ebenfalls zahlreiche supportive Angebote aus den Bereichen Sport- und Ernährungsmedizin erprobt, angeboten, ausgewertet und weiterentwickelt. Die Festlegung von Kriterien für CCCs erfolgte unter Mitwirkung und Expertise von zahlreichen Experten aus der Krebsmedizin und -forschung sowie anderen Bereichen der Krebsbekämpfung aus dem In- und Ausland. Zur Aufrechterhaltung und Festigung der durch die Deutsche Krebshilfe und Deutsche Krebsgesellschaft geschaffenen Zentrumsstrukturen, der Mehrwerterhaltung sowie der Vernetzung und des Qualitätstransfers in die regionale Umgebung bedarf es einer adäquaten Grundfinanzierung der übergeordneten Aufgaben in den CCCs, Onkologischen Zentren und Organkrebszentren, damit unter anderem die angehörnden umliegenden Krankenhäuser sowie die involvierte niedergelassene Ärzteschaft von der Expertise und den Strukturen des gesamten regionalen Onkologischen Netzwerks profitieren. Die Koordination der Zentrumsaktivitäten, interdisziplinäre Tumorkonferenzen, die Einbindung niedergelassener Ärzte und peripherer Krankenhäuser in standardisierte Behandlungs- und Versorgungspfade, die Schulung/Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften in der Region, Maßnahmen zum Aufbau der Patientenkompetenz sowie das Vorhalten einer Biobank (insbesondere in CCCs) als Grundlage für Einsätze personalisierter Medizin sind nur einige Beispiele für Aufgabenfelder, die zu einer Patientenversorgung auf hohem Niveau beitragen, die allerdings gegenwärtig nicht regelfinanziert sind, wobei aufgrund des gestuften Aufgabenspektrums Kosten in CCCs und Onkologischen Zentren aufgrund gestufter Leistungen unterschiedlich anfallen. Verwiesen wird an dieser Stelle auf das im Jahr 2018 von	

	Stellungnahme	Begründung
	der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft veröffentlichte Prognos Gutachten (https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Stellungnahmen/Prognos_Endbericht_Deutsche_Krebshilfe.pdf). Vor dem Hintergrund dieser ergänzenden Stellungnahme wird nochmals betont, dass die Deutsche Krebshilfe die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren außerordentlich begrüßt.	

(...)

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA)
18.09.2019

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschlussentwurf	1. §1 Qualitätsanforderungen	<u>Ad. 1: §1 Qualitätsanforderungen (S. 58):</u> Wir stimmen den Punkten a) und c) der GKV-SV/PatV/KBV wie auch dem Punkt b) der DKG zu.
	2. §1(4) Mindestfallzahlen Rheumatologie Erwachsene	<u>Zu Punkt b) der GKV-SV/PatV/KBV nehmen wir wie folgt Stellung:</u> Mit Nennung des Begriffs „Am Standort“ ergibt sich sowohl die Notwendigkeit, entsprechende Fachabteilungen in einem Radius von 2 km erreichbar zu haben, wie auch die Voraussetzung, dass die aufgelisteten Abteilungen in gleicher Trägerschaft wie die Fachabteilung für Rheumatologie geführt werden. Die Versorgungswirklichkeit in Deutschland zeigt Beispiele einer hochqualitativen Patientenversorgung, wo hinzuzuziehende Fachabteilungen innerhalb von 30 Minuten erreichbar sind und nicht zwingend in gleicher Trägerschaft geführt werden. Eine Distanz bis max. 2 km kann in Städten Fahrzeiten von bis zu 30 Minuten auslösen. Daher möchten wir uns dafür einsetzen, die Definition „Am Standort“ durch „Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten“ zu ersetzen. Die zu erwartenden Zentrumszuschläge sollen für vorzuhaltende Ressourcen, z. B. einer Fachabteilung für Rheumatologie, genutzt werden, womit außerhalb des fallpauschalierten Entgeltsystems für

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		akutstationäre Patienten auch für andere Krankenhäuser Versorgungsstrukturen u. a. vorgehalten werden. Die Kooperation mit anderen Fachabteilungen wie Kardiologie etc. erfolgt bereits über Absprachen zwischen Krankenhäusern auch unterschiedlicher Träger innerhalb des fallpauschalierten Entgeltsystems. Die zu erwartenden Zentrumszuschläge beziehen sich damit ausschließlich auf die möglicherweise zu erweiternden Organisationsstrukturen einer Fachabteilung für Rheumatologie. Aus dieser Argumentation ist die Verwendung des Begriffs „Standort“ an dieser Stelle nicht schlüssig. Vorgeschlagen wird hier, dass zukünftige Rheumazentren im Einzelfall durch vertraglich festgelegte Kooperationen die Einbeziehung der unter § 1 (1b) geforderten „Strukturellen Anforderungen“ bei vorgenannter Sachlage ebenfalls erfüllen. Als weitere Begründung ist zu nennen, dass seit 2015 nur noch in wenigen Bundesländern Feststellungsbescheide für Fachabteilungen Innere Medizin verwendet werden. Vielmehr wird Krankenhausträgern das Fachgebiet Innere Medizin mit einem entsprechenden Bettenvolumen zugeordnet, was dazu führt, dass Krankenhausträger ihr Spektrum internistischer Fachabteilungen verändern und z. T. auch ausgliedern, was dann bei Einhaltung des Strukturkriteriums „Fachabteilungen am Standort“ den Wegfall dieses Mindestkriteriums bedingt und die Zentrumsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden können. Der Verband Rheumatologischer Akutkliniken hat erstmals 2002 und zuletzt 2011 Strukturkriterien erstellt, die das Rahmenkonzept einer akutstationären rheumatologischen Fachabteilung/Klinik beinhalten. Die nachstehend aufgeführten Kriterien eignen sich aus unserer Sicht auch zur Festlegung des strukturellen Rahmenkonzeptes rheumatologischer Fachabteilungen (s. Anlagen):

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		1. Mitglieder des VRA sind Träger von rheumatologischen Akutkliniken (Fachkrankenhäuser) und Krankenhäuser mit Abteilungen, die unter rheumatologischer Leitung stehen. 2. Das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung für Rheumatologie wird von einem internistischen Rheumatologen geleitet mit einem hauptamtlichen Vertreter, der auch internistischer Rheumatologe sein muss. 3. Die Mitglieder erfüllen Standards, die an eine Einrichtung mit Weiterbildung im Schwerpunkt „Internistische Rheumatologie“ gestellt werden. Die Mitglieder des VRA nach Nr. 1 halten diese für mindestens 24 Monate vor (es gelten die jeweils gültigen Weiterbildungsvoraussetzungen der zuständigen Ärztekammern). 4. Die akut-rheumatologische Behandlung erfordert die Versorgung von Rheumapatienten unter ärztlich rheumatologischer Aufsicht zu jeder Tageszeit. 5. Die Mitglieder des VRA haben strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen, welche die stationäre Betreuung von mehr als 500 Rheumapatienten jährlich mit differenziertem Diagnosespektrum ermöglichen. Der Anteil mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße soll hierbei mehr als 50 % der jährlich betreuten Patienten ausmachen. 6. Der multidisziplinäre Behandlungsansatz im akut-stationären Bereich der Rheumatologie erfordert den Einsatz eines fachärztlich geleiteten therapeutischen Teams, bestehend aus: • Ärzten (Facharzt mit Schwerpunkt Rheumatologie) in Verbindung mit Fachärzten anderer Schwerpunkte und

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		im Anschluss an die intensivmedizinische Versorgung • Pflegekräften • Physiotherapeuten • Ergotherapeuten – Psychologen – sowie optional Ernährungs- und Sozialberatern 7. Die enge Kooperation mit anderen Fachabteilungen und deren Wissensschwerpunkten, u. a. im Bereich Kardiologie, Pulmonologie, Nephrologie, ist notwendig. Jede internistisch-rheumatologische Akutklinik sollte eine enge Kooperation mit einer rheumaorthopädischen Fachklinik pflegen. 8. Die Mitglieder des VRA verpflichten sich, ambulante Behandlungsmöglichkeiten zu fördern und zu unterstützen. 9. Für Universitätskliniken, die sich der rheumatologischen Versorgung widmen, rheumatologische Aus- und Weiterbildung betreiben und in Forschung und Lehre tätig sind, gelten die Strukturkriterien als erfüllt. <u>Ad 2: §1 (4) Mindestfallzahlen Rheumatologie Erwachsene (S. 61)</u> Die von den Parteien GKV/PatV aufgestellte Forderung von mehr als 500 Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen oder mind. 100 Patienten pro Jahr mit den aufgeführten Hauptdiagnosen wird vollumfänglich unterstützt. Der von der DKG gemachte Vorschlag fokussiert zu wenig auf rheumatologische Kliniken, die das Rahmenkonzept eines Rheumazentrums erfüllen können.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		Im Rahmen der Zentrumstätigkeit ist die Übernahme aus nicht-rheumatologischen Krankenhäusern ein wichtiger Beitrag. Hierbei erfolgt die Übernahme von Patienten mit einer klinischen Symptomatik, die die Notwendigkeit einer weiterführenden Versorgung in einer Spezialklinik erkennen lässt. Letztendlich kann bei diesen Fallkonstellationen am Ende z. B. auch eine Malignomerkrankung mit paraneoplastischer Rheuma-Symptomatik vorliegen, so dass Verdachts- wie auch Ausschluss-Diagnosen gestellt werden müssen. Dieser Umstand sollte hier Berücksichtigung finden. Zur Schärfung der Mindestkriterien für Rheumazentren und des skizzierten Aufgabenprofils von Zentren sollte geprüft werden, inwieweit das Mindestkriterium „Drei Fachärzte für Rheumatologie in Vollzeit“ zusätzlich zu fordern ist.

(...)

H.-J. Lakomek
G. Neeck
B. Lang
J. Jung

Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken – Projektgruppenarbeit des VRA

**Structural quality
of rheumatology clinics –
paper by a study group of the VRA**

■ **Zusammenfassung** In der vorliegenden Projektgruppenarbeit Strukturqualität werden die fünf vom Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) verab-

schiedeten Richtlinien zur Strukturqualität akut-internistischer Rheumakliniken aufgeführt. Die für deren Umsetzung notwendigen räumlichen und personellen Ressourcen sind hier entsprechend benannt.

Die Vorhaltung eines multidisziplinären Teams, welches über eine hohe Kompetenz in der Betreuung meist chronisch erkrankter Rheumapatienten verfügt, prägt nachhaltig die Qualität der stationären Versorgung.

Die Notwendigkeit der akutstationären internistischen rheumatologischen Versorgung für Rheumapatienten, welche nicht nur durch chronische Schmerzen wechselnder Intensität und den Alltag beeinflussende Funktionseinschränkungen belastet sind, wird in einem AEP (appropriateness evaluation protocol)-adaptierten 6-Punkte-Erfassungssystem (Entwurf) abgebildet.

Es wird die Implementierung einer funktionsplatzbezogenen EDV-Dokumentation mit Vernetzung in einem zentralen Krankenhaus-Informationssystem aus der Perspektive der Einführung des vollpauschalierten Entgelt-systems beschrieben.

Das erstellte Strukturpapier berücksichtigt bereits heute im Sinne des Benchmarking zukunftsnahe Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem, es

wird zudem zukünftig an sich verändernde gesundheitspolitische Rahmenbedingungen angepasst werden.

■ **Summary** A study group representing the VRA (Association of Rheumatology Clinics in Germany) has worked out the structural quality paper presented here. Five guidelines for structural quality have been established by the VRA and are laid out in this paper. Required space and personnel for implementing these guidelines are considered.

A highly competent, multidisciplinary team must be available to ensure the long-term quality of inpatient treatment of rheumatic patients, the majority of whom are chronically ill and are suffering from chronic pain of varying intensity which restricts their daily activities. The necessity for such inpatient treatment is reflected in a 6-point-questionnaire (draft) adapted to the Appropriateness Evaluation Protocol.

Considering the introduction of a flat-rate fee system (DRG-system) the structural quality paper describes the implementation of a specified electronic data processing documentation which is linked to a central hospital information system. According to the concept of benchmarking, the paper takes into account future developments

Eingegangen: 2. Mai 2002
Akzeptiert: 14. Juni 2002

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek (✉)
Klinik für Rheumatologie
und Physikalische Medizin
Klinikum Minden
Friedrichstr. 17
32427 Minden, Germany
Tel.: 05 71 / 801 38 02
Fax: 05 71 / 801 38 04
E-Mail:
rheumatologie@klinikum-minden.de

Prof. Dr. med. Gunther Neeck
Innere Medizin und Rheumazentrum
Klinikum Südstadt Rostock
Südtring 81
18059 Rostock, Germany

Prof. Dr. med. Bernhard Lang
Ärztlicher Direktor
Rheumazentrum Baden-Baden
Rotenbachtalstr. 5
76530 Baden-Baden, Germany

Jürgen Jung
Geschäftsführer
MediClin GmbH
Okenstr. 27
77652 Offenburg, Germany

of the German health system.
It will be adjusted continuously to
changing political guidelines for
health services.

■ **Schlüsselwörter** VRA (Verband
Rheumatologischer Akutkliniken
e.V.)

■ **Key words** VRA (Association
of Rheumatology Clinics
in Germany)

Vorwort

Der Vorstand des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) unterstützt seit der Aufnahme seiner Tätigkeit im Jahr 1998 die Qualitätssicherung in den Mitgliedskliniken. Diese ist im §137 Absatz 1 SGB V gesetzlich gefordert, und im Fallpauschalengesetz (FPG) vom März 2002 wurde die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten Leistungen einschließlich Mindestanforderungen an Struktur- und Ergebnisqualität festgeschrieben.

Der vom Vorstand beauftragte Beirat ließ über eine von ihm benannte Projektgruppe die Strukturqualität für die akut-internistischen rheumatologischen Kliniken des VRA erarbeiten, welche im April 2002 von den Mitgliedskliniken verabschiedet werden konnte.

Mit dieser vereinbarten Strukturqualität ist ein wesentlicher Einstieg zur Beschreibung der Qualität in der Rheumatologie gemacht. Dieser wird mit Beendigung der Projektarbeit Prozess- und Ergebnisqualität in der internistischen rheumatologischen Klinik voraussichtlich im Herbst diesen Jahres abgeschlossen sein.

Darüber hinaus unterstützt diese Vereinbarung die aktuellen Aufgabenstellungen der Rheuma-Akutkliniken im deutschen Gesundheitssystem, wie die Umsetzung des vollpauschalierten Entgeltsystems (DRGs), die Implementierung von homogenen Clinical Pathways und die mögliche zukünftige Teilnahme an Disease-Management-Programmen.

Perspektiven der akut-stationären Betreuung von Rheumapatienten

In der Bone-and-Joint-Decade werden durch die Gesundheitsstrukturenreformen und die Einführung des vollpauschalierten Entgeltsystems (DRGs) hohe Anforderungen auch an die strukturellen Gegebenheiten von Akutrheumakliniken gestellt. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind zeitlich komprimiert in entsprechend eingerichteten Fachabteilungen/Krankenhäusern unter internistisch-rheumatologischer Leitung zu erbringen. Bei Unmittelbarkeit des Patientenzuganges soll in der multidisziplinären

Netzwerkstruktur der Akutrheumaklinik (Abteilung oder Krankenhaus) ein umfassendes Bild über den Krankheitszustand ermittelt und effektive Behandlungsmaßnahmen unter Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse angeboten werden. Bei entsprechend hoher Leistungsdichte ist die Komplexität der diagnostischen und therapeutischen Leistungen zu erbringen. In diesem Spannungsfeld sind Aufgaben zu lösen wie Implementierung der Diagnosis Related Groups (DRGs) als vollpauschaliertes Entgeltsystem, die Berücksichtigung des OPS-Schlüssels §301, welcher durch konservative diagnostische und therapeutische Leistungen erweitert worden ist, die Berücksichtigung eines Indikationsmodells zur stationären Aufnahme zur Abwendung der primären Fehlbelegung und die Vorhaltung eines klinischen Qualitätsmanagements (Abb. 1).

Diese Aufgabenstellungen werden einhergehen mit der Auflösung der klassischen Krankenhausstrukturen. Es ist zu erwarten, dass zukünftig eine horizontale Verknüpfung von Fachabteilungen zur Einführung von Handlungspfaden umgesetzt wird. Neben der häufig angebotenen ambulanten Versorgung (Ermächtigungsambulanz des leitenden Arztes oder Institutsambulanz der Klinik) und der akut-stationären Betreuung wird eine teilstationäre Patientenversorgung in einer angeschlossenen Tagesklinik zunehmend realisiert werden innerhalb der Bone-and-Joint-Decade. Damit wäre die Voraussetzung gegeben, die Akutrheumaklinik in den Mittelpunkt eines vertikalen Kompetenzzentrums zu stellen unter Einbindung weiterer Versorgungsleistungen wie der nie-

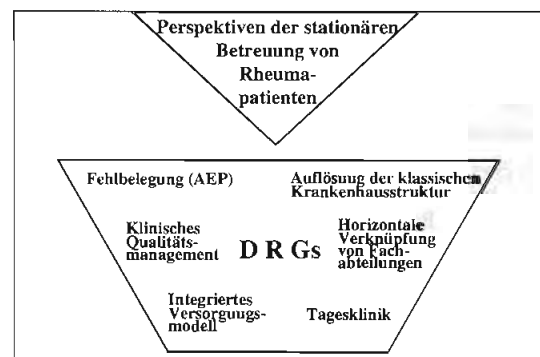


Abb. 1

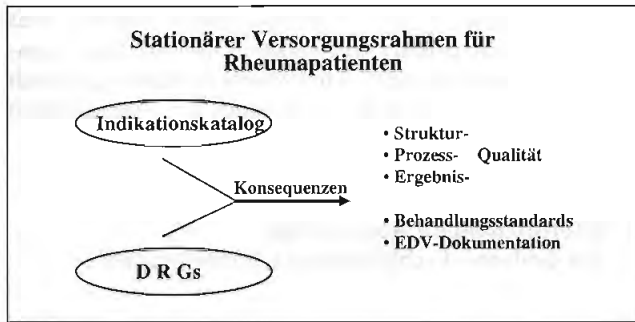


Abb. 2

dergelassenen Rheumatologen und der Rehabilitationskliniken.

In den nächsten Jahren wird der stationäre Versorgungsrahmen für Rheumapatienten im Wesentlichen durch den in Abstimmung mit den Reha-Kliniken und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg neu aufgestellten AEP-adaptierten Indikationskatalog (Entwurf) und die Einführung der DRGs einschließlich des OPS-Schlüssels §301 geprägt werden. Die sich hieraus ergebenden Konsequenzen sind die Definition der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Festlegung von Behandlungsstandards sowie die Implementierung einer EDV-Dokumentation in der Akutrheumaklinik.

Die Wichtigkeit dieser Punkte wird durch den Verband Rheumatologischer Akutkliniken nachdrücklich unterstrichen. Aktuell wird in vom Beirat des VRA eingesetzten Projektgruppen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für Akutrheumakliniken verbindlich festgelegt (Abb. 2). Darüber hinaus hat der Vorstand des VRA im Dezember 2000 eine Projektgruppe für DRG und OPS-Schlüssel §301 eingerichtet. Die durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie gelebte und zukünftig geplante Aufgabenlösung wird hierbei berücksichtigt und in Abstimmung mit der wissenschaftlichen Gesellschaft weitergeführt.

Aufnahme- und Behandlungsstrukturen

Jederzeitige Aufnahme

Die akut-stationäre Rheumaversorgung beinhaltet im Krankheitsschub oder bei Krankheitskomplikationen, Rheumapatienten sofort und zu jeder Tageszeit aufzunehmen (Unterschied zur Rehabilitationsklinik) und kompetent die notwendigen und therapeutischen Maßnahmen durch den internistischen Rheumatologen einzuleiten (im Unterschied zu nicht rheumaspezifischen internistischen Abteilungen).

Indikationskatalog zur stationären Betreuung von Rheumapatienten

Aktueller Entwurf (10/00)

- Teilaspekt stationäre Akutrheumatologie -

- täglich mehrmalige Rheuma-Therapie nicht ambulant / nicht Reha möglich
- akuter Schub (ambulant nicht kontrollierbar)
- Organmanifestationen / -komplikationen zur stationären Überwachung
- Therapiekomplicationen zur stationären Überwachung
- komplexe und/oder risikobelastete Therapie zur stationären Überwachung
- Diagnostik aus gesundheitlichen Gründen ambulant nicht möglich

Abb. 3

Indikationskatalog zur Verhinderung der primären Fehlbelegung

In Abstimmung mit den Reha-Kliniken und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg wurde ein AEP-adaptierter Indikationskatalog für Akutrheumakliniken entworfen, dessen wesentliche Punkte in Abb. 3 aufgelistet sind. Im Anhang findet sich ein hieran orientiertes 6-Punkte-Erfassungssystem (Entwurf Dr. Liman, Hagen), welches die Notwendigkeit der stationären akut-rheumatologischen Versorgung transparent abbildet.

Größenordnung stationär betreuter Rheumapatienten mit entzündlich-rheumatischem Krankheitsbild

Mit Einführung der DRGs ist eine weitere Verkürzung der mittleren Liegezeit in Akutrheumakliniken zu erwarten, was bei Fallzahlsteigerung eine jährliche stationäre Versorgung von mehr als 500 Rheumapatienten mit differenziertem Diagnosespektrum erwarten lässt. **Diese Liegezeitverkürzung ist nur möglich mit Umsetzung der prä- und poststationären Patientenversorgung und wird unter Kenntnis des vorgeschriebenen Indikationskataloges eine größere Anzahl von Patienten in der ausschließlich prästationären Betreuung belassen.**

Überwiegender Anteil stationär versorgter Rheumapatienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Es ist zu erwarten, dass der Anteil der Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der

Gefäße mehr als 70% der jährlich betreuten Patienten ausmachen wird. In Rehabilitationskliniken wird dieser Patientenanteil deutlich geringer ausfallen.

Weitere in rheumatologischen Akutkliniken (Krankenhäuser und Fachabteilungen) zu behandelnde Krankheitsbilder sind zum Beispiel: das primäre und sekundäre Fibromyalgiesyndrom, die Osteoporose und Osteofrakturen, Arthropathien im Rahmen von Stoffwechselerkrankungen, komplexe Wirbelsäulenerkrankungen zum Ausschluss einer entzündlichen Genese sowie paraneoplastisch bedingte Muskel- und Skeletterkrankungen.

Die Komplexität der stationär betreuten Patienten lässt sich heute und zukünftig im ICD-10-Schlüssel mit Haupt- und Nebendiagnosen abbilden. Die durch den OPS-Schlüssel § 301 erfassten Prozeduren machen zusätzlich deutlich, dass ambulante oder rehabilitative Versorgungsrahmen für die Aufgabenstellungen der stationär versorgten Rheumapatienten keine Alternative darstellen können (siehe Anhang).

■ Differenzierte Versorgungsstruktur der Akutrheumaklinik

Die Vorhaltung einer Notfallambulanz, die prä- und poststationäre Betreuung von Rheumapatienten und die stationäre Behandlung werden von den Akutrheumakliniken geleistet, welche im Krankenhausbedarfsplan des jeweiligen Landes internistisch-rheumatologische Betten ausgewiesen haben. Ein teilstationäres Angebot in Form einer Tagesklinik ist in Einzelfällen bereits vorhanden, könnte zukünftig aber ein Versorgungssegment weiterer Akutrheumakliniken darstellen (siehe Anhang).

Zur zukünftigen Meidung einer primären oder sekundären Fehlbelegung kann ein tagesklinisches Angebot, aber auch eine Klinikambulanz (Ermächtigungs- oder Institutsambulanz) dienen.

■ Versorgungs- und Behandlungsqualität

Die personelle ärztliche Ausstattung mit internistischen Rheumatologen (25% der in der Rheumaklinik tätigen Ärzte bzw. mindestens 2 internistische Rheumatologen) ist eine wichtige Voraussetzung für die Versorgungs- und Behandlungsqualität, welche ambulant oder in einer Rehabilitationsklinik meistens nicht gegeben ist. Die tägliche Visite ermöglicht die individuelle, zeitnahe Anpassung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und gibt die sehr gute Möglichkeit einer schnellen Intervention bei auftretenden Krankheits- oder Therapiekomplikationen. Der mehrmals tägliche Arzt/Patienten-Kontakt impliziert eine Schulung des Patienten in seiner

Krankheit und in den Therapiegegebenheiten, was sich späterhin positiv auswirkt in der oftmals konstanteren langfristigen Therapiebeibehaltung durch den Patienten im Vergleich zu anderen angebotenen Versorgungssystemen.

■ Interdisziplinäre Kooperation mit anderen Fachkliniken/Fachabteilungen

Die mögliche hohe Krankheitsaktivität wie auch Therapiekomplikationen machen immer wieder die intensivmedizinische Versorgung von Rheumapatienten während der stationären Betreuung notwendig. Eine enge entsprechende Kooperation mit anderen Fachabteilungen oder die Selbstvorhaltung einer Intensivüberwachungseinheit in eigenen Räumlichkeiten sind heute wie auch morgen zu fordernde strukturelle Gegebenheiten in Akutrheumakliniken. Die erheblich verbesserte Überlebensrate für verschiedene entzündlich-rheumatische Erkrankungen bedingt eine höhere Multimorbidität der chronisch langzeitkranken Rheumapatienten, was dann auch Risiken einer Akutverschlechterung mit notfallmäßiger Aufnahme wie auch Intensivüberwachung zur Konsequenz haben kann. Diesem Umstand haben sich die Akutrheumakliniken erfolgreich zu stellen. Die enge Kooperation mit anderen Fachabteilungen und deren Wissensschwerpunkten im Bereich Kardiologie, Pulmonologie, Nephrologie, um hier nur einige zu nennen, ist zukünftig noch mehr zu berücksichtigen. Die horizontale Verknüpfung von Fachabteilungen macht die Einrichtung entsprechender Behandlungspfade auch für die stationär betreuten Rheumapatienten möglich.

■ Kooperation mit Rheumaorthopäden

Viele der rheumaorthopädischen Eingriffe sind elektive Therapiemaßnahmen, nichtsdestoweniger kann eine akute operative Intervention am Gelenk jederzeit eintreten und notwendig werden. Daher sollte eine enge Kooperation entweder unter gleicher Trägerschaft oder in vertretbarer Nähe zwischen den internistisch und orthopädisch tätigen Rheumatologen hergestellt werden, um bei Therapieproblemen interdisziplinäre Lösungen zu finden.

■ Kooperation mit internistischen Rheumatologen in anderen Versorgungssektoren

Die Kooperation mit den niedergelassenen internistischen Rheumatologen ist bei der heutigen Komplexität vieler Rheumaerkrankungen und der durchgeführten Therapien eine wichtige Voraussetzung für

ein erfolgreiches Handeln um den Patienten; Dokumentationssysteme, die ihre Fortführung in den anderen Versorgungssektoren haben können, helfen beiden Seiten, die notwendigen Ressourcen frühzeitig und zielgerichtet einzusetzen. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind ebenfalls in einem vertikalen Kompetenzzentrum Rheumaversorgung eingebunden, die Strukturen hierfür sind an anderer Stelle festzulegen.

Personalstrukturen

■ Ärztliche Leitung der Akutrheumaklinik

Das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung für Rheumatologie wird von einem internistischen Rheumatologen geleitet, wobei der Anteil der internistischen Rheumatologen 25% der in der Abteilung tätigen Ärzte ausmachen soll. Die Vorhaltung von 2 internistischen Rheumatologen ist hierbei mindestens zu fordern.

Die Mitglieder erfüllen Standards, die an eine Einrichtung mit voller Weiterbildung im Schwerpunkt „Internistische Rheumatologie“ gestellt werden (Einschränkungen können durch die Weiterbildungseinrichtungen der jeweils zuständigen Ärztekammer bedingt sein). Bei Neugestaltung der Weiterbildung im Fach Rheumatologie sollte ein vergleichbarer Anteil an der Weiterbildung erfüllt werden.

Die Kenntnis des Krankenhausplanes des Landes Baden-Württemberg 2000, welcher die Einrichtung weiterer fachrheumatologischer Akutkliniken zur flächendeckenden Versorgung von Rheumapatienten ausschließt, macht dieses Vorgehen notwendig. Denn in Baden-Württemberg wie auch in anderen Bundesländern wird man sich zukünftig bemühen, in allgemein-internistischen Abteilungen durch internistische Rheumatologen als Oberärzte oder durch die Konsiliartätigkeit eines niedergelassenen Rheumatologen fachrheumatologische Kompetenz im stationären Bereich vorzuhalten. Dieses Modell ist nicht geeignet, die Komplexität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im multidisziplinären Team, wie dieses in den Fachrheumakliniken geschieht, vergleichbar anzubieten. Die Kontinuität der Patientenversorgung durch internistische Rheumatologen in der Akutrheumaklinik – und dieses zu jeder Zeit – wird ein wichtiges Strukturmerkmal der Akutrheumakliniken darstellen.

■ Multidisziplinäres Team

Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und die Mitarbeiter der Physikalischen Therapie sind in ihrer

Komplexität im akut-stationären Bereich der Rheumaklinik eine notwendige Voraussetzung, um erfolgreich das ärztliche Handeln zu unterstützen. Die akute Funktionswiederherstellung bzw. -verbesserung ist ein wichtiges Therapieziel, das die diagnostischen und therapeutischen ärztlichen Maßnahmen entscheidend unterstützt. Berufsgruppen wie die Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ernährungsberater und Psychologen komplettieren dieses Team; nur so kann umfassend auch unter Berücksichtigung verkürzter Verweildauer erfolgreich der stationäre Aufenthalt für den Rheumapatienten gestaltet werden.

■ Fortbildungskatalog

Unter Berücksichtigung der Personalentwicklung hat der ärztliche Leiter der Akutrheumaklinik dafür Sorge zu tragen, dass fach- und führungsspezifische Fortbildungen den Mitarbeitern möglich sind und dass diese erfolgreich umgesetzt werden. Gerade die Multimorbidität der stationär versorgten Patienten und die neuen Therapieverfahren, wie z.B. die TNF- α -Blocker, lassen Perspektiven hinsichtlich eines Ausbildungskonzeptes z.B. zur Rheumafachkrankenschwester laut werden.

Die Akutrheumakliniken haben bereits heute eine große Bedeutung für die Ausbildung von Rheumatologen, die sich in Zukunft durch geänderte Weiterbildungsrichtlinien noch erhöhen wird. Eine volle Weiterbildung zum internistischen Rheumatologen ausschließlich im niedergelassenen Bereich ist nicht möglich.

Räumliche Strukturen/vorzuhaltende Fachbereiche

■ Technisch-apparative Ausstattung

Die diagnostische und therapeutische Fachkompetenz in Akutrheumakliniken wird unterstützt durch die vor Ort vorgehaltene Verfügbarkeit oder den direkten Zugang zu nachstehend aufgeführten Einrichtungen.

Diagnostik/Versorgung

Die Sonographie einschließlich der Arthrosonographie sowie die konventionelle Röntgendiagnostik vor Ort sind strukturelle Voraussetzungen, um der steigenden Fallzahl bei verkürzter Liegezeit gerecht zu werden. Der Zugang zum Labor, in dem neben allgemein-internistischen Fragestellungen fachspezifische rheumatologische Problemstellungen gelöst werden,

ist ebenso vorzuhalten wie der direkte Zugang zur allgemein-internistischen Diagnostik einschließlich Endoskopien und zur intensivmedizinischen Überwachung. (Ergänzungen sollten bei zukünftiger Aktualisierung dieses Strukturpapiers berücksichtigt werden.)

■ Physiotherapeutische Behandlungen

Die Bereiche 1. Physiotherapie, 2. Physikalische Therapie und 3. Ergotherapie sollten vorgehalten werden.

■ Psychologischer und sozialmedizinischer Dienst

■ Verbindliche Kooperationsstrukturen

1. Rheumaorthopädie, 2. Orthopädietechnik, 3. Orthopädieschuhmacher.

■ Räumliche Gestaltung der Rheumaklinik

Die Diagnostik- und Therapiebereiche sollten mit dem Rollstuhl erreichbar sein. Die Patientenzimmer sollten über eine behindertengerechte Einrichtung einschließlich Nasszelle verfügen.

■ Richtlinien der Strukturqualität für die Mitgliedschaft im VRA

Die Mitgliederversammlung des VRA hat am 16. 3. 2001 in Baden-Baden die nachstehend aufgeführten „Richtlinien der Strukturqualität für die Mitgliedschaft im Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) gemäß §4 der Satzung des VRA und §5 der Geschäftsordnung des Vorstandes des VRA“ einstimmig verabschiedet:

A. Internistische Rheumatologie

1. Mitglieder sind die Träger von rheumatologischen Akutkliniken (Krankenhäuser) und rheumatologischen Fachabteilungen mit Betten, die im Landeskrankenhausbedarfsplan als rheumatologische Betten ausgewiesen sind.
2. Das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung für Rheumatologie wird von einem internistischen Rheumatologen geleitet, wobei der Anteil der internistischen Rheumatologen 25% der in der Abteilung tätigen Ärzte ausmachen soll. Die Vorhaltung von 2 internistischen Rheumatologen ist hierbei zu fordern.

3. Die Mitglieder erfüllen Standards, die an eine Einrichtung mit voller Weiterbildung im Schwerpunkt „Internistische Rheumatologie“ gestellt werden (Einschränkungen können durch die Weiterbildungseinrichtungen der jeweils zuständigen Ärztekammer bedingt sein). Bei Neugestaltung der Weiterbildung im Fach Rheumatologie sollte ein vergleichbarer Anteil an der Weiterbildung erfüllt werden.
4. Die differenzierte Versorgungsstruktur umfasst die ambulante wie stationäre Behandlung eines Rheumapatienten im Krankheitsschub oder bei Komplikationen sofort und zu jeder Tageszeit.
5. Das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung erfüllt strukturelle Voraussetzungen, welche die stationäre Betreuung von mehr als 500 Rheumapatienten jährlich mit differenziertem Diagnosespektrum ermöglichen. Der Anteil der Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße soll hierbei mehr als 70% der jährlich betreuten Patienten ausmachen¹.

Die vorgenannten fünf Hauptkriterien sind in allen Punkten zu erfüllen, um Mitglied im Verband Rheumatologischer Akutkliniken zu sein. Mittels einer jährlichen Selbstauskunft gegenüber dem Vorstand des VRA bestätigt das Mitglied die Erfüllung der Richtlinien der Mitgliedschaft im VRA. Der Vorstand behält sich das Recht vor, die Einhaltung der Richtlinien zu überprüfen.

Weitere strukturelle Perspektiven

■ Vorhandenes Qualitätsmanagementsystem

Qualitätsanforderungen zur Erfüllung der Führung des Qualitätssiegels des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken

■ Gesonderte Richtlinien entsprechend des §1 der Geschäftsordnung des Vorstandes des VRA

Die stationäre Versorgung des Rheumapatienten in der Akutrheumaklinik berücksichtigt neben der Diagnosezuordnung den Ausschluss anderer Krank-

¹ Weitere in rheumatologischen Akutkliniken (Krankenhäuser und Fachabteilungen) zu behandelnde Krankheitsbilder sind zum Beispiel: das primäre und sekundäre Fibromyalgiesyndrom, die Osteoporose und Osteofrakturen, Arthropathien im Rahmen von Stoffwechselerkrankungen, komplexe Wirbelsäulenerkrankungen zum Ausschluss einer entzündlichen Genese sowie paraneoplastisch bedingte Muskel- und Skeletterkrankungen.



Abb. 4

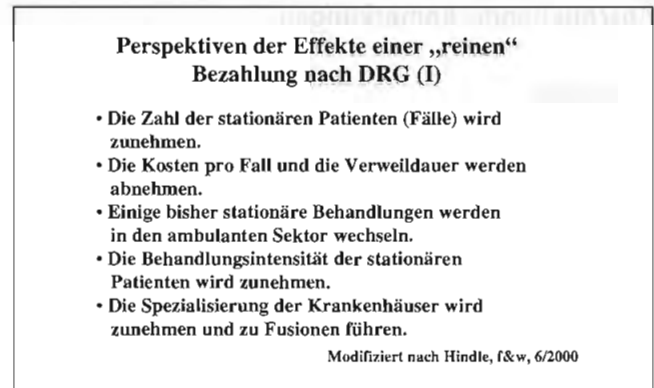


Abb. 6



Abb. 5

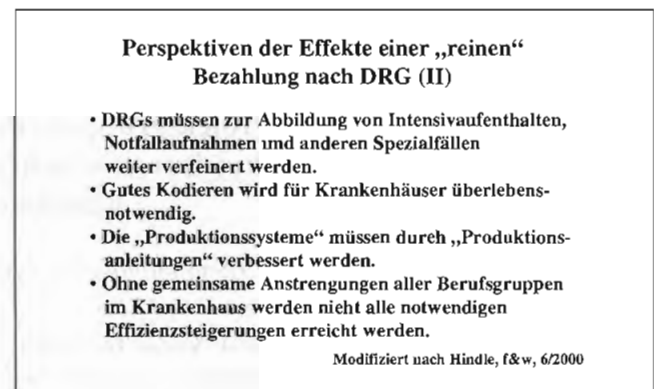


Abb. 7

heitsursachen als Erklärungsmodell des bestehenden Beschwerdekompleses.

Aufgaben der stationären Versorgung sind u.a. die Reduzierung der Krankheitsaktivität, die Verbesserung der Funktionalität, eine Compliancesteigerung, die Förderung der Lebensqualität der Rheumapatienten und letztendlich die Festlegung von Behandlungszielen im komplexen interdisziplinären Team.

Die Qualitätsanforderungen zur Erfüllung der Führung des Qualitätssiegels des VRA werden durch die Projektarbeit zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Beirates des VRA vorbereitet und durch die Mitgliederversammlung festgelegt.

Dieses vorliegende Arbeitspapier zur Strukturqualität der internistischen Rheumatologie wurde durch die Mitglieder des VRA im April 2002 verabschiedet. Da die Projektarbeit in den Bereichen Prozess- und Ergebnisqualität noch andauert, werden hierüber die Mitglieder des VRA später abschließend entscheiden. Darüber hinaus wird ein Vorschlag zur Operationalisierung der Qualitätserfassung und -messung sowie ggf. auch für das Benchmarkingverfahren erarbeitet werden.

EDV-Verzahnung aller am Behandlungsprozess beteiligten Bereiche innerhalb der Klinik

Dokumentationssystem zur Vermeidung der sekundären Fehlbelegung

Implementierung von für Akutrheumakliniken spezifischen Instrumenten, wie zum Beispiel dem Funktions-Fragebogen Hannover (FFBH) und/oder die Berücksichtigung des Barthel-Indexes (Verwendung durch die Physiotherapeuten).

Kooperation mit Patientenverbänden

Internet-Präsentation der Akutrheumakliniken

www.vra-online.de

Abschließende Anmerkungen

■ Ausblick

Der stationäre Versorgungsrahmen für Rheumapatienten wird nicht nur durch die Struktur-, sondern auch durch die Prozess- und Ergebnisqualität zukünftig geprägt werden. Aktuell sind der Indikationskatalog zur stationären Aufnahme (Aufnahmeebene) wie auch das pauschalierte Entgeltsystem auf DRG-Basis (stationäre Ebene) umzusetzen (Abb. 4). Die sektorübergreifende Versorgung von Rheuma-

patienten (Abb. 5) ist hinsichtlich der Schnittstellen noch genau auszuformulieren. Die von Herrn Prof. Hindle aus Australien gemachten Ausführungen zu den Perspektiven der Effekte einer reinen Bezahlung nach DRG sind in den Abb. 6 und 7 dargestellt und prägen nachhaltig sicherlich auch unser zukünftiges Handeln im erfolgreichen Wirken um unsere Patienten im stationären akut-rheumatologischen Bereich.

■ **Danksagung** Die Autoren danken allen Mitgliedern des VRA für die kritische Durchsicht und die wertvollen Anregungen zum Arbeitspapier Strukturqualität.

ANHANG

zur

Projektgruppenarbeit Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken des VRA

Vorstandsbeschluss des Verbandes rheumatologischer Akutkliniken vom 2. 11. 1999 zur Einrichtung von Tageskliniken

1. Die rheumatologische Tagesklinik kann Teil einer integrierten Tagesklinik sein. Mögliche weitere Tageskliniken der Betriebsstätte sollten integriert arbeiten, z.B. operative Kliniken oder Schmerzkl.
2. Die Aufnahme in eine Tagesklinik ist abhängig von der Diagnose, auf jeden Fall vom Schweregrad der Erkrankung.
3. Die nicht medikamentöse Behandlungsdichte in der Tagesklinik muss vergleichbar mit der vollständigen Behandlung sein.
4. Mitentscheidend für die Aufnahme in die Tagesklinik sind die funktionelle Kapazität und die räumliche bzw. zeitliche Entfernung. Patienten innerhalb eines Umkreises von 30 km oder 30 Min. können zumutbar tagesklinisch behandelt werden.
5. Zweit- oder Begleiterkrankungen können eine tagesklinische Aufnahme ausschließen.
6. Art und Umfang der notwendigen Diagnostik und Therapie können eine tagesklinische Aufnahme ausschließen.
7. Der Übergang vollstationär zu tagesklinisch und umgekehrt muss möglich sein.
8. Jeder Patient muss über einen Behandlungsplatz (Bett) in der Tagesklinik verfügen.
9. Die Transportkosten müssen von den Kostenträgern übernommen werden.

Indikation zur stationären Aufnahme von Rheumapatienten

Merkmal	Individuelle Indikation
1. Patienten (auch nach akuten Ereignissen und Operationen), bei denen täglich mehrmalige Therapie erforderlich ist und bei denen diese aus gesundheitlichen Gründen ambulant nicht möglich und Reha-Fähigkeit nicht gegeben ist. Beispiel: Gesundheitliche Gründe sind z.B. Mobilitätseinschränkungen (Pat. kann Wohnung nicht verlassen, PKW oder öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzen) oder eine verminderte körperliche Belastbarkeit, z.B. polysynovitischer Schub (> 20 Gelenke, DAS >5,1) Synovialitis großer, auch gewichttragender Gelenke mit Notwendigkeit der Entlastung	
2. Akuter Schub einer entzündlich-rheumatischen Krankheit, der ambulant nicht ausreichend differentialdiagnostisch abgeklärt oder ausreichend behandelt werden kann. Beispiel: Fieber, massiv geschwollene Gelenke, gravierende Schmerzprobleme - Cervikalarthritis mit Instabilität - Corticoidinduzierte Osteoporose mit frischer Fraktur - Rupturierte Bakerzyste Verdacht auf (interkurrente) bakterielle Arthritis Spondylitis/-diszitis	
3. Organmanifestation/-komplikationen rheumatischer und immunologischer Krankheiten, die stationäre Überwachung erforderlich machen. Beispiel Vitale Bedrohung des Patienten: akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische, metabolische oder respiratorische Funktionseinschränkung, die den Patienten nachdrücklich behindert, z.B. Alveolitis, progrediente Mononeuritis, GN, nekrotisierende Vaskulitis	

Indikation zur stationären Aufnahme von Rheumapatienten Seite 2

Merkmal	Individuelle Indikation
4. Komplikationen antirheumatischer Therapie, die eine stationäre Überwachung erforderlich machen. Beispiel akute hämatologische Störung MTX – induzierte Alveolitis Hämorrhagische Colitis Sepsis	
5. Einleitung komplexer und/oder risikobelasteter medikamentöser Therapie, die eine stationäre Überwachung erforderlich machen. Beispiel. chemische Synoviorthese Plasmapherese Immunadsorption evtl. Prostaglandin-Therapie	
6. Erforderliche diagnostische Maßnahmen aus gesundheitlichen Gründen ambulant nicht möglich. Beispiel: Gesundheitliche Gründe sind z.B. Mobilitätseinschränkungen (Pat. kann Wohnung nicht verlassen, PKW oder öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzen) oder eine verminderte körperliche Belastbarkeit (s. 1)	
Datum Unterschrift Arzt	

Z Rheumatol 2011
DOI 10.1007/s00393-011-0841-3
© Springer-Verlag 2011

H.-J. Lakomek¹ · J. Braun² · E. Gromnica-Ihle³ · C. Fiehn⁴ · S. Claus⁵ · C. Specker⁶ · J. Jung⁷ · A. Krause⁸ · H.-M. Lorenz⁹ · J. Robbers¹⁰

¹ Klinik für Rheumatologie und Physikalische Medizin,
Johannes Wesling Klinikum Minden

² St. Vincenz-Hospital Herne, Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne

³ Deutsche Rheuma-Liga, Bundesverband e.V., Bonn

⁴ Acura Rheuma-Zentrum, Baden-Baden

⁵ Geschäftsführung, Krankenhaus Porz am Rhein, Köln

⁶ Klinik f. Rheumatologie und Klinische Immunologie, Kliniken Essen Süd, Essen

⁷ Verwaltungsdirektion, Klinikum Mittelbaden, Baden-Baden

⁸ Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie, Immanuel Krankenhaus Berlin

⁹ Sektion Rheumatologie – Lehrstuhl f. Hämatologie/Onkologie,
Universität Heidelberg

¹⁰ Geschäftsführung, Verband Rheumatologischer Akutkliniken, Berlin

Neufassung der Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie

Ein zukunftsweisendes Projekt

Die akut-stationäre Rheumatologie verfügt seit einem Jahrzehnt über eine definierte, verbindliche Strukturqualität, die vom Verband der Rheumatologischen Akutkliniken (VRA) 2001 verabschiedet wurde. Bei Vorhaltung dieser 5 Richtlinien umfassenden Strukturqualität konnte bisher in den jeweiligen Kliniken ein breites Behandlungsspektrum auch komplexer Fälle erfolgreich umgesetzt werden. So wurden für die Realisierung einer hohen Behandlungsqualität in heute über 55 Verbandskliniken mit einem weitgehend ähnlichen Versorgungsprofil die Voraussetzungen geschaffen.

In der 2002 publizierten Strukturqualität [4] wurden folgende Behandlungssituationen festgelegt: Gemäß einem AEP-adaptierten Indikationskatalog wurden Aufnahmesituationen anhand von Krankheitsschwere und/oder Behandlungsinintensität beschrieben. Hinsichtlich der Behandlungsstrukturkriterien wurden als Mindestmenge 500 akut-stationäre Rheumafälle pro Jahr gefordert. Die jederzeitige Aufnahme sowie die Möglichkeit der Intensivüberwachung waren ebenso im Forderungskatalog enthalten wie Vor-

gaben zur Personalstruktur (mindestens 2 internistische Rheumatologen). Auch zum Umfang der Weiterbildungsermächtigung und der Verfügbarkeit eines rheumatologisch geschulten, multiprofessionellen Teams wurden verbindliche Vorgaben gemacht [4, 6].

Die sachgerechte Entwicklung des G-DRG-Systems für die akut-stationäre Rheumatologie ab 2001 konnte auf der Basis der definierten Strukturkriterien – und des damit in Deutschland vergleichbaren Ressourceneinsatzes – nachhaltig unterstützt werden [7].

Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen wie z. B. die Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004, die Etablierung des fallpauschalierten Entgeltsystems wie auch eine neue Weiterbildungsordnung für den Facharzt-schwerpunkt Rheumatologie waren Anlass, die 2002 publizierte Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie zu überarbeiten.

Mit einer Arbeitsgruppe aus Vertretern des VRA und der Rheuma-Liga erfolgte eine Modifikation der Strukturkriterien, die durch die Mitgliederversammlung des VRA am 15.11.2010 ver-

abschiedet wurden. Durch eine vorgenommene Satzungsänderung werden die neuen Strukturkriterien nicht mehr als grundsätzlich zu erfüllende Kriterien zur Aufnahme in den VRA ab 2011 verwendet, sondern entsprechend des Beschlusses der Mitgliederversammlung – die vorzuhaltende Behandlungsqualität betreffend – als Voraussetzung für die Erlangung des VRA-Qualitätslabels gefordert, welches ab 2012 bei gleichzeitiger Teilnahme am Kobra-Projekt (Kontinuierliches Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) den diesen Punkten entsprechenden VRA-Kliniken verliehen wird.

Vergleichende Betrachtung der alten und neuen Strukturkriterien

Mit der skizzierten Arbeitsgruppe erfolgte 2010 die in **Tab. 1** aufgelistete Neufassung von jetzt 9 gegenüber 5 Strukturkriterien des Jahres 2001.

Anhand der folgenden Beschreibung der vorgenommenen Modifikationen wird argumentativ die Neufassung vorgestellt.

Tab. 1 Richtlinien der Strukturqualität des VRA 2010

1.	Mitglieder des VRA sind Träger von rheumatologischen Akutkliniken (Fachkrankenhäuser) und Krankenhäuser mit Abteilungen, die unter rheumatologischer Leitung stehen.
2.	Das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung für Rheumatologie wird von einem internistischen Rheumatologen geleitet mit einem hauptamtlichen Vertreter, der auch internistischer Rheumatologe sein muss.
3.	Die Mitglieder erfüllen Standards, die an eine Einrichtung mit Weiterbildung im Schwerpunkt „Internistische Rheumatologie“ gestellt werden. Die Mitglieder des VRA nach Nr. 1 halten diese für mindestens 24 Monate vor (es gelten die jeweils gültigen Weiterbildungs Voraussetzungen der zuständigen Ärztekammern).
4.	Die akut-rheumatologische Behandlung erfordert die Versorgung von Rheumapatienten unter ärztlich-rheumatologischer Aufsicht zu jeder Tageszeit.
5.	Die Mitglieder des VRA haben strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen, welche die stationäre Betreuung von mehr als 500 Rheumapatienten jährlich mit differenziertem Diagnosespektrum ermöglichen. Der Anteil mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße soll hierbei mehr als 50% der jährlich betreuten Patienten ausmachen.
6.	Der multidisziplinäre Behandlungsansatz im akut-stationären Bereich der Rheumatologie erfordert den Einsatz eines fachärztlich geleiteten therapeutischen Teams, bestehend aus: - Ärzten (Facharzt mit Schwerpunkt Rheumatologie) in Verbindung mit Fachärzten anderer Schwerpunkte und im Anschluss an die intensivmedizinische Versorgung - Pflegekräften - Physiotherapeuten - Ergotherapeuten, Psychologen sowie optional Ernährungs- und Sozialberatern
7.	Die enge Kooperation mit anderen Fachabteilungen und deren Wissensschwerpunkten, u. a. im Bereich Kardiologie, Pulmonologie, Nephrologie, ist notwendig. Jede internistisch-rheumatologische Akutklinik sollte eine enge Kooperation mit einer rheumaorthopädischen Fachklinik pflegen.
8.	Die Mitglieder des VRA verpflichten sich, ambulante Behandlungsmöglichkeiten zu fördern und zu unterstützen.
9.	Für Universitätskliniken, die sich der rheumatologischen Versorgung widmen, rheumatologische Aus- und Weiterbildung betreiben und in Forschung und Lehre tätig sind, gelten die Strukturkriterien als erfüllt.

Punkt 1

Gegenüber der Vorlage aus dem Jahr 2001 erfolgte hier eine Modifikation, indem der Satz „... die im Rahmen des Landeskrankenhausbedarfsplans als rheumatologische Betten ausgewiesen sind ...“ ersatzlos gestrichen wurde (■ **Tab. 1**). Denn zukünftig werden Bettenzuordnungen durch die jeweiligen Ärztekammern oder durch die zuständigen Bezirksregierungen umgesetzt.

Ein konservatives Fach wie z. B. die Rheumatologie wird zudem nicht mehr gesondert aufgeführt; es wird nur noch der Umfang internistischer Betten beschrieben, und letztendlich hat der jeweilige Krankenhausträger einen freien Gestaltungsrahmen hinsichtlich der fachlichen Inhalte sowie der entsprechend zugeordneten Bettenvolumina.

In Punkt 1 wurde der folgende Nebensatz neu eingefügt: „... die unter rheumatologischer Leitung stehen ...“. Hiermit

soll dargestellt werden, dass eine rheumatologische Einheit unter *fachärztlicher* internistisch-rheumatologischer Leitung (Chefarzt bzw. Leitender Oberarzt) steht, was eine strukturelle Voraussetzung für VRA-Kliniken sein soll.

Punkt 2

Gegenüber der Vorlage aus dem Jahr 2001 wurde der folgende Satz gestrichen: „... wobei der Anteil der internistischen Rheumatologen 25% der in der Abteilung tätigen Ärzte ausmachen soll ...“.

In der neuen Formulierung wurde ergänzend die Aussage eingefügt: „... mit einem hauptamtlichen Vertreter, der auch internistischer Rheumatologe sein muss ...“. Hiermit soll betont werden, dass eine kontinuierliche fachärztliche Expertise in der internistischen Rheumatologie vorgehalten werden muss, um den Strukturkriterien des VRA zu entsprechen.

An dieser Stelle ist festgelegt, dass hier 2 *hauptamtliche* Vollzeitrheumatologen im ausschließlichen Angestelltenverhältnis eines Krankenhauses zu fordern sind. Eine stationäre Patientenversorgung durch einen niedergelassenen Rheumatologen als Vertreter des leitenden Arztes, der z. B. 13 Stunden pro Woche im Rahmen eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes tätig wäre, ist damit als Versorgungsmodell ausgeschlossen. Da im Rahmen der Mindestkriterien der OPS 8-983 (multimodale rheumatologische Komplexbehandlung; [8]) die fachärztliche Leitung gefordert wird, kann mit 2 hauptamtlichen Rheumatologen nicht nur diese Bedingung erfüllt werden, sondern es ist die Umsetzung der rheumatologischen Komplexbehandlung über das ganze Jahr gewährleistet. Nur so ist auch die erfolgreiche Abrechnung der DRG I97Z (rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) möglich [9].

Punkt 3

Hier wurde eine Modifikation der ursprünglichen Formulierung vorgenommen, indem nicht mehr eine *volle* Weiterbildung (aktuell 36 Monate) für die akut-stationäre internistische Rheumatologie gefordert wird, sondern eine Weiterbildungsermächtigung für mindestens 24 Monate in der Abteilung vorgehalten werden soll; die verbleibende Zeit von 12 Monaten kann so im ambulanten Sektor erfolgen. Vorsorglich wurde aber bereits auch 2001 unter Punkt 3 folgende Formulierung aufgeführt: „Bei Neugestaltung der Weiterbildung im Fach Rheumatologie sollte ein vergleichbarer Anteil an der Weiterbildung erfüllt werden.“

Mit der aktuell vorgenommenen Modifikation des Punkts 3 verhalten wir uns somit konform zu dem, was bereits 2001 perspektivisch angedeutet wurde.

Punkt 4

Hinsichtlich des Punkts 4 (■ **Tab. 1**) wurde eine gegenüber der Vorlage aus dem Jahr 2001 vergleichbare Formulierung gewählt, wobei die Neufassung die „Versorgung von Rheuma-Patienten“ gegenüber

Zusammenfassung · Abstract

der alten Formulierung „Rheuma-Patienten im Krankheitsschub oder bei Komplikationen“ allgemeiner beschreibt.

An dieser Stelle wird zudem herausgestellt, dass zu jeder Tageszeit ein Facharzt für internistische Rheumatologie vorgehalten werden soll (z. B. auch als Rufdienst).

Schließlich wird in der neuen Fassung nicht explizit zwischen der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung unterschieden, sondern es wird der Begriff „akut-rheumatische Behandlung“ verwendet. Denn hier soll der Stellenwert der ambulanten Versorgung für die VRA-Kliniken betont werden, was zur Neuformulierung des Punkts 8 geführt hat. Mit dem 2008 publizierten Memorandum zur Situation der Rheumatologie in Deutschland durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh; [11]) wurde auf die ambulante Unterversorgung durch Fachärzte für Rheumatologie verwiesen: „Für die Versorgung von 100.000 erwachsenen Einwohnern unseres Landes werden unter den detailliert beschriebenen Annahmen 2 Rheumatologen benötigt, einer für je 50.000.“ Die Deutsche Rheuma-Liga formuliert in ihrem Aktionsplan Rheuma ebenso das Ziel eines Rheumatologen pro 50 000 erwachsene Einwohner (Deutsche Rheuma-Liga, Bundesverband e.V., Aktionsplan Rheuma, aktualisierte Auflage 2009, S. 13). Diese Versorgungssituation gilt es daher in Zukunft zu verbessern. Die weitere ambulante Öffnung der akut-stationären Rheumatologie ist hier ein wichtiger Schritt. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür sind mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bereits 2004 geschaffen worden, indem neben den §116b-SGBV-Ambulanzen auch medizinische Versorgungszentren in das Recht der Krankenkassen aufgenommen wurden [10].

Punkt 5

Da die Bezeichnung „Fachkrankenhaus“ bzw. „Fachabteilung für Rheumatologie“ möglicherweise zukünftig durch „Einheit“ ersetzt wird, wurde der einleitende Satz: „... das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung ...“ ersetzt durch den Terminus „Mitglieder des VRA“.

Z Rheumatol 2011 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00393-011-0841-3
© Springer-Verlag 2011

H.-J. Lakomek · J. Braun · E. Gromnica-Ihle · C. Fiehn · S. Claus · C. Specker · J. Jung · A. Krause · H.-M. Lorenz · J. Robbers

Neufassung der Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie. Ein zukunftsweisendes Projekt

Zusammenfassung

Auf der Basis der Projektgruppenarbeit zur Strukturqualität wurden in 2010 9 vom Verband rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) verabschiedete Richtlinien zur Strukturqualität akut-stationärer Rheumakliniken aufgeführt. Diese 9 Strukturkriterien lösen die erstmals 2002 publizierten Richtlinien ab. Hervorzuheben ist hierbei, dass diese Neuentwicklung mit Unterstützung der deutschen Rheuma-Liga erfolgt ist. Erstmals wird auch mit der Richtlinie Nr. 9 zu den strukturellen Voraussetzungen Stellung genommen, die rheumatologische Einrichtungen an Universitätskliniken vorhalten sollten.

Die neuen Strukturkriterien finden zukünftig ihren Einsatz bei der Erlangung eines extern zu vergebenden Qualitätslabels für die VRA-Kliniken, wofür neben der Erfüllung der strukturellen Richtlinien die Teilnahme am Qualitätsprojekt „Kobra“ (Kontinuierliches

Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) gefordert wird.

Mit diesem Weg hat der VRA wichtige Voraussetzungen für die Mitgliedskliniken geschaffen, um für den zukünftigen Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser gerüstet zu sein. Die Vorhaltung einer hohen Behandlungsqualität für die chronisch erkrankten Rheumapatienten innerhalb einer akut-stationären Betreuung bei entsprechender Aufnahmeindikation wird hierdurch nachhaltig unterstützt.

Schlüsselwörter

Strukturqualität · Akutstationäre Rheumatologie · Verband der Rheumatologischen Akutkliniken (VRA) · Kobra-Projekt (Kontinuierliches Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) · Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

Amendment of the structural quality for inpatient rheumatology. A forward-looking concept

Abstract

In 2010 a total of 9 guidelines on structural quality were endorsed by the Association of Rheumatology Clinics in Germany (VRA). These 9 structural criteria replace the regulations published in 2002 and were elaborated with the support of the German Rheumatology League. With guideline number 9 even the structural requirements for university hospitals are defined for the first time.

Along with taking part in the quality project “Kobra” (continuous outcome benchmarking in rheumatology inpatient treatment) compliance with the new structural criteria constitutes a prerequisite for acquiring a quality certificate, which is awarded by an external institution.

By this means the VRA sets the stage for its members to be prepared for future challenges and quality competition among hospitals. Furthermore, the provision of a high quality treatment for chronically diseased patients in rheumatology clinics will be effectively supported.

Keywords

Structural quality · Inpatient rheumatology · Association of rheumatology clinics in Germany (VRA) · Kobra project (continued outcome benchmarking in rheumatology inpatient treatment) · Interdisciplinary treatment

Standpunkte

Tab. 2 Strukturqualität für die akut-stationäre Rheumatologie**Auswirkungen im Rückblick auf ein Jahrzehnt**

- Ausgangsbasis einer hohen Abbildungsqualität der akut-stationären Rheumatologie im fallpauschalierten Entgeltsystem
- 2 Rheumatologen (hauptamtlich) als Mindestkriterium der ambulanten Tätigkeit nach §116b (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG, 2004)
- Unterstützung der Umsetzung von Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Projekte „obra“ und „Kobra“
- Voraussetzung für das zukünftige Qualitätslabel des VRA

Wurde in der ursprünglichen Version aus dem Jahr 2001 am Ende dieses Absatzes ein Anteil von mehr als 70% entzündlich-rheumatische Erkrankungen gefordert, so ist dieser Prozentsatz in der neuen Version auf 50% abgesenkt worden. Mit der Zusammenführung der Fachärzte für Unfallchirurgie und Orthopädie zum „Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie“ ist bereits heute wie auch zukünftig die konservativ-orthopädische Mitbehandlung von Patienten, z. B. im Rahmen einer aktivierten Arthrose, durch den Facharzt für Rheumatologie zu leisten. Hinzu kommen osteologische Patienten, die oftmals in rheumatologischen Abteilungen behandelt werden.

Die Punkte 1 bis 5 wurden wie dargestellt durch die Arbeitsgruppe modifiziert.

Die nachstehend aufgeführten Punkte 6 bis 9 sind von dieser neu erarbeitet worden.

Punkt 6

Mit der Einführung der OPS 8–983 (multimodale rheumatologische Komplexbehandlung) im Operationenschlüssel des Jahres 2005 [8] wurde im Vergleich zu anderen Fachgebieten in der Inneren Medizin deutlich gemacht, dass akut-stationäre Rheumaeinheiten (Fachkliniken/Fachabteilungen) ein multidisziplinäres Team vorhalten, um komplexe Therapieansätze im Bereich der Physiotherapie, physikalischen Therapie und Ergotherapie im Rahmen eines strukturierten Vorgehens verknüpft an Mindestkriterien umzu-

setzen. Ab 2006 erfolgte erstmals in der akut-stationären Rheumatologie bei Vorliegen der OPS 8–983.1 eine Vergütung im fallpauschalierten Entgeltsystem mit der I97Z (rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelettsystem und Bindegewebe; [9]) als Anlage 3a DRG (Krankenhausindividuell zu verhandeln). Ab 2009 ist diese Fallpauschale als erste „rheumatologische“ DRG bundeseinheitlich im Fallpauschalenkatalog bewertet.

Punkt 7

Mit der hier beschriebenen Kooperation mit anderen Fachabteilungen wird deutlich, dass rheumatologische Erkrankungen sich nicht ausschließlich auf das Bewegungssystem begrenzen, sondern alle Organsysteme, z. B. bei Vaskulitiden und Kollagenosen, betreffen können. Die enge Kooperation mit den entsprechenden Fachrichtungen ist für die Umsetzung einer hohen Behandlungsqualität eine wichtige Voraussetzung. Im Kapitel „Interdisziplinäre Kooperation mit anderen Fachkliniken/Fachabteilungen“ wurde dieser Punkt in der Publikation zur „Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken“ im Jahre 2002 bereits explizit benannt und die Wichtigkeit herausgestellt. Die Kooperation mit Rheumaorthopäden wurde ebenfalls 2002 in ihrer fachlichen Bedeutung hervorgehoben und ist jetzt unter Punkt 7 innerhalb der neu definierten Strukturkriterien berücksichtigt.

Punkt 8

Mit dem neu eingeführten Punkt 8 soll die anzustrebende enge Kooperation zwischen den Kliniken und den Hausärzten/Fachärzten sowie mit niedergelassenen Rheumatologen herausgestellt werden. Modelle einer ambulanten Öffnung sind hier z. B. Ermächtigungsambulanzen, §116b-Ambulanzen oder die Tätigkeit eines internistischen Rheumatologen in einem MVZ.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden 2004 neben der §116b-Ambulanz SGB V auch medizinische Versorgungszentren (MVZ) als weitere Versorgungsformen in das Recht der gesetz-

lichen Krankenversicherungen eingeführt. Bis zum 1. Quartal 2010 (Quelle: Zahlen der kassenärztlichen Bundesvereinigung; [10]) wurden insgesamt 1503 MVZ registriert, von denen 578 (38,5%) in der Trägerschaft eines Krankenhauses an den Start gingen. Hinsichtlich der §116b-SGB-V-Ambulanzen ist anzumerken, dass innerhalb der letzten 3 Jahre auch in der Rheumatologie regional Zulassungen erfolgt sind.

Punkt 9

Der Punkt 9 beschreibt die strukturellen Voraussetzungen von universitären Einheiten mit rheumatologischem Tätigkeitsprofil [3]. Universitäre Kliniken, die die unter Punkt 9 aufgeführte Definition erfüllen, entsprechen den für VRA-Kliniken erstellten Strukturkriterien. Die übrigen 8 Kriterien gelten damit ausschließlich für außeruniversitäre rheumatologische Einheiten.

Fazit

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität werden seit mehr als einem Jahrzehnt vom VRA Maßnahmen zur Qualitätssicherung umgesetzt. Behandlungsziele der akut-stationären Rheumatologie sind z. B., eine Remission oder einen Stillstand der Grunderkrankung durch eine hochqualifizierte Patientenversorgung mit einem multidisziplinären Behandlungsansatz zu erreichen [6]. Der VRA hat erstmals 2001 eine Strukturqualität für seine Einrichtungen verabschiedet [4] aus der sich die in

■ Tab. 1 aufgelisteten Ressourcen und Voraussetzungen ableiten.

Für die erfolgreiche Umsetzung des DRG-Evaluationsprojektes von 2002 bis 2004 [1] sowie die sachgerechte Umsetzung des fallpauschalierten Entgeltsystems seit 2002 bildete die 2002 publizierte Strukturqualität eine sehr wichtige Voraussetzung (■ Tab. 2), denn nur so konnte ein vergleichbarer Ressourcenaufwand der an der jährlichen Kostenkalkulation teilnehmenden VRA-Kliniken bei gleicher G-DRG in der Kalkulation der jeweiligen Bewertungsrelation durch das InEk (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) Berücksichtigung finden.

Für die seit 2002 erstellten Kodierleitfäden Rheumatologie [5] wurde mit der Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie zudem der notwendige Rahmen geschaffen, in dem bis 2011 bereits die 9. aktualisierte Auflage mit jährlicher Anpassung publiziert wurde [13]. Die unter Punkt 2 der VRA-Strukturqualität 2001 geforderte Zahl von mindestens 2 Rheumatologen ist auch in den Mindestkriterien der OPS 8–983 (multimodale rheumatologische Komplexbehandlung) im Operationenschlüssel 2005 berücksichtigt worden [8].

Die ab 2006 ins Fallpauschalensystem aufgenommene G-DRG I97Z (rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) in Anlage 3a [9] führt nur zur Vergütung, wenn dieses Kriterium erfüllt wird.

Schließlich hat dieser Punkt 2 der Strukturqualität 2001 auch auf die Zulassung zur ambulanten Tätigkeit nach §116b (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG, 2004) Einfluss gehabt, indem auch hier mindestens 2 Fachärzte für internistische Rheumatologie tätig sein müssen, die hauptamtlich im Krankenhaus arbeiten.

Auf der Basis einer vergleichbaren Strukturqualität erfolgte ab 2003 die Teilnahme von 13 VRA-Kliniken und der Deutschen Rheuma-Liga am obra-Projekt (Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) im Förderschwerpunkt BIG (Benchmarking im Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales), in dem mit dem Fokus auf die Patientenzufriedenheit und -sicherheit die Behandlungsqualität in der Tracer-Diagnose rheumatoide Arthritis und zeitnahe Arztbriefschreibung möglichst am Entlassungstag (Einweiserzufriedenheit) die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität (Tab. 2) Aufgaben dieses Benchmarking-Projektes waren [2, 14]. Die Implementierung des Qualitätsprojektes in die Routine nach Ende der Förderung gelang ab 2007 mit dem Qualitätsprojekt Kobra (Kontinuierliches Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) mit 26 VRA-Kliniken und wurde 2010 erfolgreich abgeschlossen.

Mit der am 15.11.2010 von der Mitgliederversammlung des VRA verabschiedeten neuen Strukturqualität (Tab. 1) erfolgte nicht nur eine notwendige Anpassung aufgrund der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, sondern ab 2012 soll neben der Teilnahme am neuen Kobra-Projekt die Vorhaltung der neuen Strukturkriterien die Voraussetzung für die Erlangung des ersten VRA-Qualitätslabels sein (Tab. 2), welches durch ein externes Zertifizierungsunternehmen vergeben wird.

Dieser Weg des VRA hat damit noch verstärkt die Umsetzung eines erfolgreichen Qualitätsmanagements in den Mitgliedskliniken zur Konsequenz. Daneben besteht entsprechend der VRA-Satzung §4 für akut-stationäre rheumatologische Einrichtungen z. B. mit nur einem hauptamtlichen internistischen Rheumatologen oder anderen nicht erfüllten Strukturkriterien die Möglichkeit einer Mitgliedschaft im VRA, um an den Aktivitäten des Verbands teilnehmen zu können mit dem Ziel der Weiterentwicklung zu einer VRA-Klinik mit Qualitätslabel. Für den zukünftigen Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser und der politisch geplanten Einführung des selektiven Kontrahierens (für elektive Leistungen) hat der VRA wichtige Voraussetzungen geschaffen, um mit der Vorhaltung einer hohen Behandlungsqualität den chronisch erkrankten Rheumapatienten weiterhin eine akut-stationäre Behandlung bei entsprechender Aufnahmeindikation anzubieten.

Schließlich lässt sich hervorheben, dass außer der mit den Kinderreumatologen in Deutschland und dem VRA erarbeiteten Strukturqualität von kinder- und jugendrheumatologischen Akutkliniken und -abteilungen [12] kein vergleichbarer Qualitätsansatz national oder international für gleiche oder andere Fachgebiete in der akutstationären Patientenversorgung publiziert wurde.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-J. Lakomek

Klinik für Rheumatologie und Physikalische Medizin, Johannes Wesling Klinikum Minden
Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden
rheumatologie@klinikum-minden.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Fiori W, Franz D, Roeder N et al (2004) DRG-Evaluationsprojekt Rheumatologie – Abbildungsqualität und Anpassungsbedarf akutstationärer rheumatologischer Behandlungen im G-DRG-System. Verband Rheumatologischer Akutkliniken (Hrsg) Schöling, Münster, ISBN:3-934849-97-0
2. Fiori W, Lakomek HJ, Liman W et al (2009) Qualität verbessern durch Benchmarking. Große Erfolge des Modellprojekts obra in der akutstationären Rheumatologie. *arthritis + rheuma* 29:371–377
3. Keyßer G, Burmester GR (2008) Zur aktuellen Struktur der internistischen Rheumatologie an deutschen Hochschulen. Die Rhesus- und RISA-II-Studie. *Z Rheumatol* 67:602–608
4. Lakomek HJ, Neeck G, Lang B, Jung J (2002) Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken – Projektgruppenarbeit des VRA. *Z Rheumatol* 61:405–414
5. Lakomek HJ, Hülsemann JL, Köneke N et al (2002) Kodierleitfaden Rheumatologie. Ein Leitfaden für die klinische Praxis, Version 2002. *Z Rheumatol* 61:311–335
6. Lakomek HJ (2006) Brauchen wir eine stationäre Rheumatologie? *Dtsch Med Wochenschr* 131:2292–2294
7. Lakomek HJ (2009) Auswirkungen auf die Rheumatologie – Fallpauschaliertes Entgeltsystem mit Schrittmacherfunktion für Veränderungsprozesse in der Rheumatologie – In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Kohlhammer, Stuttgart, ISBN:978-3-17-020349-5
8. Lakomek HJ, Fiori W, Buscham K et al (2005) Die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8–983) – Herausforderungen, Lösungen und Perspektiven. *Z Rheumatol* 64:557–563
9. Lakomek HJ, Fiori W, Buscham K et al (2006) Zunehmend sachgerechtere Abbildung der Rheumatologie im G-DRG-Fallpauschalensystem. *Z Rheumatol* 65:46–51
10. Maus J (2010) Medizinische Versorgungszentren: weiter auf Wachstumskurs. *Dtsch Arztebl* 107(47):A2318
11. Memorandum der DGRh. Kommission „Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Juni 2008 (<http://www.dgrh.de/rheumamemorandum.html>)
12. Michels H, Ganser G, Dannecker G et al (2006) Strukturqualität von kinder- und jugendrheumatologischen Akutkliniken und -abteilungen. *Z Rheumatol* 65:315–326
13. Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA); DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster (2011) Kodierleitfaden Rheumatologie, Version 2011. Ein Leitfaden für die klinische Praxis, 9. Aufl. Schöling, Münster, ISBN 978-3-86523-175-8
14. Verband Rheumatologischer Akutkliniken (Hrsg) (2007) Projektbericht Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung. Schöling, Münster, ISBN: 978-3-86523-077-6

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
17.9.2019

Zu Anlage 13, Sonstige ausgewiesene Zentren; § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
UPV/DGK	Gemäß § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V kann sich eine besondere Aufgabe eines Zentrums bzw. Schwerpunkt eines Krankenhauses sich insbesondere ergeben aus 1. einer überörtlichen und krankenhaushübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, 2. der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder 3. der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen. Dies ist für interdisziplinäre Gefäßzentren regelmäßig der Fall.	In Gefäßzentren ist die Vorhaltung der Fachdisziplinen Angiologie, Gefäßchirurgie und Radiologie mit der entsprechenden Facharztquote erforderlich. Dies ist nur in ausgewählten Kliniken bzw. Zentren möglich, ebenso die erforderliche technische Ausstattung. Die Behandlung von Gefäßpatienten in solchen Gefäßzentren wird in den einschlägigen Leitlinien gefordert (vgl. S3-Leitlinie PAVK https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003I_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheitfinal-2019-08.pdf), in der es heißt: „Bei klinischem Verdacht auf eine akute Beinischämie muss der Patient schnellstmöglich einem Gefäßspezialisten ... in einer stationären Einrichtung mit ausreichender Expertise in allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Revaskularisation vorgestellt werden, wo bei Bestätigung der Diagnose interdisziplinär umgehend operativ oder endovaskulär die Revaskularisation durchgeführt werden kann. Vorzugsweise sollte die Diagnostik und Therapie in einem Gefäßzentrum durchgeführt werden. Dies ist bundesweit flächendeckend ... nicht immer möglich. Wegen der hohen Amputations- und Mortalitätsrate der Patienten mit akuter Extremitätenischämie, die in Registererhebungen 45% bzw. 20% betragen, ist eine schnellstmögliche gefäßmedizinische Versorgung mit allen operativen

Zu Anlage 13, Sonstige ausgewiesene Zentren; § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Deshalb müssen Interdisziplinäre Gefäßzentren, die die von den Fachgesellschaften im Rahmen einer <u>gemeinsamen</u> Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) festgelegten Struktur- und Qualitätsmerkmale erfüllen, aus unserer Sicht in der Anlage spezifisch benannt werden. Wir bieten an, an der Formulierung von Qualitätsanforderungen mitzuwirken.	<i>und endovaskulären Möglichkeiten rund um die Uhr erforderlich. Patienten sollten nach Erstversorgung deshalb in gefäßmedizinische Zentren weiterverlegt werden.“</i> Zu den häufigen, aber speziell zu behandelnden Krankheitsbildern, gesellen sich auch seltene Erkrankungen wie Schwangerschafts-assoziierte Thrombosen, entzündliche Systemerkrankungen wie Vaskulitiden, komplexe Gerinnungsstörungen und seltene Erkrankungen wie die Erythromelalgie, die für den Patienten ein hohes individuelles Risiko bei nicht zeitgerechter oder zielgerichteter Behandlung mit sich bringen und die wiederum nur von Angiologen mit spezieller Expertise in interdisziplinären Gefäßzentren behandelt werden können. Zudem ist auch die geforderte Zusammenarbeit mit anderen Kliniken in solchen Gefäßzentren bereits weitgehend im Rahmen von interdisziplinären Fallkonferenzen und Zweitmeinungsambulanzen die Regel, in den meisten Fällen sind Netzwerke mit Kliniken ohne gefäßmedizinische Expertise aufgebaut, so dass Patienten von den ggf. auch weiter entfernt liegenden interdisziplinären Gefäßzentren profitieren können. Alle demographischen und epidemiologischen Daten machen deutlich, dass Diagnose und Therapie von Gefäßerkrankungen eine weiterhin wachsende Bedeutung erlangen, wobei zunehmend komplexkranke Patienten mit verschiedensten weiteren Erkrankungen zu behandeln sind. Die Bildung eines multidisziplinären Gefäßzentrums ist der richtige Ansatz und die logische Konsequenz, wobei der Zertifizierungsprozess zum anerkannten Gefäßzentrum einen entscheidenden Anteil zu Qualitätsverbesserung und -sicherung beiträgt. Abläufe werden klarer strukturiert, Verantwortlichkeiten werden eindeutig zugewiesen und damit die Interdisziplinarität gestärkt. In die Strukturmerkmale beabsichtigen wir zukünftig auch die Teilnahme an Registern zur Erhebung von Daten der Versorgungsforschung und der

Zu Anlage 13, Sonstige ausgewiesene Zentren; § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		Qualitätssicherung, an denen viele Zentren aktuell bereits freiwillig teilnehmen, verpflichtend zu integrieren. Ziel ist, die noch immer vorhandene hohe Mortalitäts- und Amputationsrate deutlich zu senken. Seit 2007 werden in einem von allen drei Fachgesellschaften (DGA, DGG, DRG) getragenen Verfahren multidisziplinäre Gefäßzentren zertifiziert, welche eine umfassende Patientenversorgung gewährleisten. Die hohe Akzeptanz wie auch Bedeutung für die Qualitätssicherung reflektiert sich auch daran, dass neben den 35 im Bundesgebiet dreifach-zertifizierten Zentren sich auch zwei Zentren in Österreich (Unikliniken Graz und Innsbruck) zertifizieren ließen. In einem zertifizierten Gefäßzentrum werden auch die Verbindungen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gestärkt. Patienten können noch stärker in das Zentrum des Handelns gestellt werden. Im Gefäßzentrum soll eine sachgerechte, serviceorientierte Arbeitsteilung den weiter steigenden Anforderungen flexibel und effizient gerecht werden. Hierdurch ist ein ganzheitlicher Ansatz zur Lösung des individuellen Gefäßproblems möglich. Ein Gefäßzentrum kann eine eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben wahrnehmen: 1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.

Zu Anlage 13, Sonstige ausgewiesene Zentren; § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Das Reccord-Register, an dem mehrere Gefäßzentren bereits teilnehmen, bündelt die Daten zur Therapie von Gefäßerkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Dabei liegt die Federführung dieses Registers bei der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind eingehalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. 3. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können. 4. Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können.

Zu Anlage 13, Sonstige ausgewiesene Zentren; § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		5. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes. 6. Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Kliniken des Netzwerks verfügbar sein. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung). <u>Die Aufwendungen, die für einen nachhaltigen Betrieb in der oben geschilderten Ausprägung zwangsläufig entstehen, werden durch das derzeitige Finanzierungssystem nach KHEntgG nicht oder nur teilweise abgedeckt. Dies betrifft insbesondere die zu fordernden Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die das im Rahmen der InEK Kalkulation berücksichtigte Kostenvolumen bei Gefäßzentren im Sinne dieser Ausprägung übersteigen.</u>



Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Beschlussentwurf – Erstfassung	
Beschlussentwurf	Stellungnahme: Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie DGAV e.V. war bisher nicht in die Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft konzeptionell eingebunden. Dennoch begrüßt die DGAV als die medizinisch- wissenschaftliche Fachgesellschaft für Bauchchirurgie in Deutschland ausdrücklich die Initiative des GBA, den Begriff ‚Zentrum‘ eindeutig definieren und die Qualifikation und Aufgaben von Zentren festlegen zu wollen. Voraussetzung ist auch nach unserer Überzeugung die transparente Darstellung von medizinischer Qualität, die Erteilung von Zertifikaten an Kliniken mit nachweisbar hoher Qualität und die jährliche Auditierung bereits erteilter Zertifikate. Dieses Vorgehen, mit dem auch die DGAV im Jahr 2008 begonnen und das zur Zertifizierung von derzeit 330 Zentren verschiedenster Entitäten in Deutschland geführt hat, fokussiert in erster Linie auf das Patientenwohl: Zertifikate von ausgewiesenen Zentren führen vorrangig zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. In zweiter Linie haben sie durch die Wahrnehmung von Spitzenmedizin von Seiten der Kostenträger bereits zu einer Empfehlung solcher Behandlungszentren für Versicherte geführt. Vor diesem Hintergrund hat die DGAV die Bemühungen der DKG, onkologische Zentren bundesweit einheitlich zu zertifizieren, immer unterstützt. Viele ihrer Mitglieder haben in Leitlinienkommissionen der AWMF und Zertifizierungsverfahren der DKG konzeptionell mitgewirkt. Das ist daran erkennbar, dass die DGAV die Korrelation zwischen der Anzahl von Operationen, dem perioperativen Setting incl. dem interdisziplinären Behandlungsteam (24/7) immer postuliert hat. Von daher befürworten wir im GBA- Entwurf beschriebene Mindestmengenvorgaben für onkologisch zu behandelnde Erkrankungen, weil diese Mengenvorgaben in unterschiedlicher Ausprägung schon seit vielen Jahren ein wesentlicher Bestandteil von DGAV- Zertifizierungsverfahren sind. Die DGAV möchte allerdings gemeinsam mit ihren assoziierten Fachgesellschaften anregen, neben den im Entwurf explizit aufgeführten

	Zentren, weitere Zentren ausgewiesener und interdisziplinärer Expertise zu akzeptieren. So sind nichtmaligne allgemeine und viszeralchirurgische Erkrankungen der Verdauungsorgane nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes (2016) mit rund 2 Mio. erkrankter Menschen pro Jahr nach den Herz-Kreislaufstörungen die mit Abstand häufigsten Krankheiten in Deutschland. Eine Vielzahl dieser PatientInnen werden von Viszeralchirurgen in bereits lange etablierten Zentren mit klarer Struktur und akzeptierten Qualitätsstandards, wie zum Beispiel: Adipositaszentren, Endokrinen Zentren oder auch Beckenbodenzentren behandelt. In der Anlage ist die Zertifizierungsordnung der DGAV und der aktuelle Stand aller von der DGAV zertifizierten Zentren aufgeführt. In der für den 25.10.2019 terminierten Anhörung wird die DGAV ihre Vorschläge zu zertifizierten Organzentren gerne vorstellen.	
Zu § 1 bis § 4 Absatz 3		
	Stellungnahme	Begründung
GKV-SV/PatV/KBV	Die DGAV e.V. unterstützt die Vorschläge des/der GKV-SV/PatV/KBV für die Definition der Rechtsgrundlage, des Zentrumsbegriffs, der Ausgestaltung der näheren Aufgaben und die Abgrenzung zu anderen Aufgaben. Für die Versorgung von Patienten mit malignen Erkrankungen sollen die Kriterien für Onkologische Zentren gelten, für die Versorgung nichtmaligner Erkrankungen sollten Kriterien entwickelt bzw. von der DGAV bereits definierte übernommen werden.	Mit den Ausführungen werden die notwendigen Grundlagen für die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren klar definiert und erlauben eine eindeutige Orientierung.
Zu § 2 Absatz 3.2		
	Stellungnahme	Begründung
GKV-SV/KBV	In Absatz 2 wird präzisiert, was unter einer „überörtlichen und kranken-hausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung“ zu verstehen ist. Ein Krankenhaus, das diese Kriterien erfüllt, stellt einen Anziehungspunkt über andere Häuser hinweg dar, bildet den Mittelpunkt eines Netzwerks, verfügt über eine besondere Expertise in dem Fachgebiet, in	Diese fachabteilungsspezifischen Mindestfallzahlen hat die DGAV für ihre zertifizierten Zentren bereits entitätsbezogen definiert, sowohl für maligne wie nichtmaligne Eingriffe. Hier könnte eine Harmonisierung der Registerschnittmengen zwischen DKG und DGAV erreicht werden, um die chirurgische Ergebnisqualität zukünftig transparenter abbilden zu können.

	dem die besonderen Leistungen erbracht werden und erbringt diese Leistungen regelmäßig und routiniert für andere Krankenhäuser. Der Nachweis einer überörtlichen Aufgabenwahrnehmung kann beispielsweise über die Erfüllung von fachabteilungsspezifischen Mindestfallzahlen geleistet werden.	
Zu § 2 Absatz 4.2		
	Stellungnahme	Begründung
GKV-SV/KBV	Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinen Entscheidungen vom 22. Mai 2014 ausdrücklich klargestellt, dass die in einem Zentrum angebotene Standardleistung nicht allein deshalb zu einer besonderen Aufgabe werde, weil sie qualitativ hochwertiger erbracht wird als in anderen Krankenhäusern (BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014 - 3 C 8.13, Rn. 36; BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014 - 3 C 15.13, Rn. 28). Soweit die Qualität allein entsprechend den (S3-)Leitlinien oder entsprechend den Vorgaben von G-BA-Richtlinien erbracht wird, erfüllt dies noch nicht die Voraussetzungen für die Gewährung eines Zentrumszuschlags.	Zentren zeichnen sich dadurch aus, dass sie über den üblichen Standard hinaus medizinische Leistungen erbringen. Daher auch die Initiative des GBA zur Zentrendefinition. Diese an Qualitätsindikatoren, leitlinienorientierter Behandlung und Mindestfallzahlen messbare Leistung eines Zentrums ist gegenüber dem Standard deutlich kostenintensiver.
Zu § 2 Absatz 7.1.4.2		
	Stellungnahme	Begründung
GKV-SV/KBV	Das Zentrum stellt seine Expertise regelmäßig anderen Krankenhäusern zur Verfügung, indem es Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser durchführt. Zum Nachweis der erforderlichen Durchführungsroutine werden jährlich mindestens 50 Fallkonferenzen erbracht; diese können auch telemedizinisch erbracht werden. Die Anzahl der	(Über-)regionale Fallkonferenzen in diesem Umfang stellen einen hohen personellen und technischen Aufwand dar. Diese Konferenzen sollten aber auch zur Konsequenz haben können, dass Patienten zur Weiterbehandlung an ein Zentrum überwiesen werden. Das sollte für maligne wie nichtmaligne Erkrankungen gleichermaßen gelten.

	Fallkonferenzen stellt eine Gesamtzahl für das A Zentrum dar. Die einzelnen integrierten Fachzentren sind einzubinden, wenn dies fachlich geboten ist. Es wird jedoch nicht gefordert, dass jedes integrierte Fachzentrum an jeder der 50 Fallkonferenz teilnehmen muss.	
Zu § 2 Absatz 5.5		
	Stellungnahme	Begründung
GKV-SV/KBV	Das Nähere zu Mindestfallzahlen ist in den Anlagen festgelegt. Für die Berechnung der Mindestfallzahl ist die Summe aller in der Anlage näher bezeichneten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen bzw. im Mittelwert der letzten 2 Kalenderjahre maßgeblich, die von dem Krankenhaus oder dem Teil des Krankenhauses stationär behandelt wurden, das die entsprechende besondere Aufgabe wahrnimmt. Für die in Anlage II, §1, Absatz 2 definierten Qualitätsanforderungen kann das letzte Kalenderjahr als Betrachtungszeitraum zugrunde gelegt werden.	Für die Überprüfung der Mindestfallzahlen sollten nicht nur die zurückliegenden vier Quartale, sondern auch der Mittelwert über die letzten 2 Kalenderjahre zugrunde gelegt werden. Damit kann eine eventuell auftretende, kurze Schwankung der Fallzahlen ausgeglichen werden, ohne das gesamte Zentrum in Frage zu stellen. Für die Erstellung von Qualitätsberichten, die (u.a. Qualitätsindikatoren) Ergebnisse der Zentren betrachten, sollte ein einheitlicher Betrachtungszeitraum mit klarem Beginn (= 01.01.) und Ende (= 31.12.) definiert werden. Die Betrachtung von Quartalen erschwert die Auswertung erheblich, macht sie fehleranfällig und reduziert unnötigerweise die Aussagekraft der Berichte. Die in den Qualitätsberichten ausgewiesenen Qualitätsindikatoren müssen von den die jeweilige Grundkrankheit behandelnden Fachgesellschaften definiert und hinterlegt werden.

Zu § 2 Absatz 8.2.6		
	Stellungnahme	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV	Das Tumorregister bündelt die Daten zu onkologischen Erkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Zu beachten ist, dass zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges bundesweites Register etabliert werden sollte. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. Nicht zuschlagsfähig sind die klinischen Krebsregister gemäß § 65c SGB V, da diese bereits auf Basis anderer gesetzlicher Regelungen finanziert werden.	Gerade onkologische Therapiekonzepte sowie Operationstechniken ändern sich - auch unter technischen Aspekten – immer häufiger und mit in kürzeren Zeitabständen. Daher wäre eine Berücksichtigung von DGAV-Registerdaten zur verbesserten Darstellung chirurgischer Zentrumsleistungen unverzichtbar.

Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 Qualitätsanforderungen (1) b)		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 (2) Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung		
	Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV	Im Rahmen externer spezieller Qualitätssicherungsverfahren soll eine regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus stattfinden, sowie jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht erstellt werden, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt. Ergänzt werden sollten diese Maßnahmen durch Auditierungen der jeweiligen Fachgesellschaften in den jeweiligen Einrichtungen, bei denen Auffälligkeiten in Kennzahlen bzw. Registerdaten offenkundig werden.	Eine unabhängige, externe Beurteilung ermöglicht eine einheitliche Analyse der Strukturen und Prozesse in Onkologischen Zentren. Dies zeigen sehr erfolgreich die Auditierungsverfahren der Fachgesellschaften unserer europäischen Nachbarn in den Niederlanden und in Dänemark, die nachweislich zu einer Verbesserung der chirurgischen Qualität geführt haben.
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 (4) Forschungstätigkeit		
	Änderungsvorschlag	Begründung
DKG	Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit und hat eine organisatorische Struktur zur Teilnahme an klinischen Studien und Registern.	Registerbasierte Versorgungsforschung gewinnt aus Sicht der DGAV für die klinische Behandlung immer mehr an Bedeutung. Daher muss ein zertifiziertes überregionales Zentrum durch den Einsatz von Study Nurses unterstützt werden.

Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 (4) Kooperationen										
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag				Begründung					
GKV-SV/KBV/PatV/LV	Stellungnahme: Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften sowie auch die DGAV unterstützen die Eingabe des/der GKV-SV/KBV/PatV/LV				Die Betreuung onkologischer Patienten erfolgt durch eine enge Zusammenarbeit aller an der Versorgung Mitwirkender. Viele Behandlungsabschnitte werden durch ÄrztInnen des ambulanten Sektors erbracht. Um die Ziele einer umfassenden und modernen Versorgung mit hoher Qualität in allen Therapieschritten zu erreichen, ist es unumgänglich, die vertragsärztliche Ebene nicht nur zu berücksichtigen wie es in der Eingabe der Krankenhausgesellschaft vorgeschlagen wird, sondern sie vielmehr aktiv einzubinden.					
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 (5/6) Mindestfallzahlen										
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag				Begründung					
GKV-SV/KBV/PatV	Änderungsvorschlag: Nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst: • Darmkrebs, • Brustkrebs • Gynäkologische Krebserkrankungen • Hämatologische Neoplasien • Hautkrebs • Lungenkrebs • Prostatakrebs <table border="1"><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr></table> Die je Tumorentität mindestens zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen. Änderungsvorschlag für den Zertrechner:				A	B	C	D	E	Die DGAV unterstützt den Vorschlag, 3 Organzentren als Mindestanforderung für ein Onkologisches Zentrum zu definieren.
A	B	C	D	E						

	<table><tr><td>Hämatologische Neoplasien (Lymphom, Leukämie Hämatologische Systemerkrankungen)</td><td>C81-C88, C90-C96</td><td>39.799</td><td>9,81</td><td>70</td></tr></table>	Hämatologische Neoplasien (Lymphom, Leukämie Hämatologische Systemerkrankungen)	C81-C88, C90-C96	39.799	9,81	70	
Hämatologische Neoplasien (Lymphom, Leukämie Hämatologische Systemerkrankungen)	C81-C88, C90-C96	39.799	9,81	70			
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben							
	Stellungnahme			Begründung			
GKV-SV/LV	2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen.			Das Angebot von regelmäßigen, strukturierten, zentrumsbezogenen Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen, die nicht fremdfinanziert und für die eigenen MitarbeiterInnen und die MitarbeiterInnen anderer Krankenhäuser kostenlos sind, ist eine wichtige Voraussetzung für Onkologische Zentren. Das ist auch der Standpunkt der DGAV. Allerdings können Fort- Weiterbildungsangebote von Seiten der DGAV(etwa 90 Angebote pro Jahr) nicht grundsätzlich kostenlos angeboten werden, weil Operationskurse, Trainingsprogramme durch Hospitationen zum Teil sehr kostenintensiv sind und von der Fachgesellschaft nur durch Teilnahmegebühren partiell mitfinanziert werden können.			

386 zertifizierte Zentren [Stand 09/2019]

	Gesamt
Hernien	100
Adipositas- und metabolische Chirurgie	77
Minimal-invasive Chirurgie	60
Chirurgische Koloproktologie	59
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie	35
Chirurgische Erkrankungen des Pankreas	20
Chirurgische Erkrankungen der Leber	12
Peritonealkarzinose	9
Chirurgische Erkrankungen des oberen GI-Traktes	6
Chirurgische Endoskopie	4
Endokrine Chirurgie	4
Summen	386



ORDNUNG

**Das Zertifizierungssystem
der DGAV (ZertO 5.1)**

Berlin, 2016

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

Impressum

DGAV e.V.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.

Haus der Bundespressekonferenz

Schiffbauerdamm 40

10117 Berlin

Tel: +49 30 2345 8656-20

Fax: +49 30 2345 8656-25

Version 5.1

01. Mai 2016

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

Teil A

Präambel	1
I. Grundlagen dieser Zertifizierungsordnung	(§ 1) 2
II. Kompetenzstufen und ihre Anforderungen	(§ 2) 3
III. Objekte der Zertifizierung	(§ 3) 6
IV. Qualitätssicherung	(§ 4) 8
V. Anerkannte Chirurgen und ihre Qualifikationsmerkmale	(§§ 5-7) 10
VI. Merkmale zertifizierter Krankenhausabteilungen und Praxen	(§§ 8-9) 12
VII. Antragstellung und Abwicklung des Verfahrens	(§§ 10-16) 14
VIII. Besondere Gegebenheiten	(§§ 17-18) 21
IX. Abschließende Bestimmungen	(§ 19) 23

Teil B

B1 Chirurgische Koloproktologie	(§§ 21-28) 26
B2 Minimal invasive Chirurgie (MIC)	(§§ 31-38) 30
B3 Chirurgische Erkrankungen des Pankreas	(§§ 41-48) 33
B4 Chirurgische Erkrankungen der Leber	(§§ 51-58) 37
B5 Adipositas- und metabolische Chirurgie	(§§ 61-68) 41
B6 Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie, Endokrine Chirurgie	(§§ 71-78) 45
B7 Chirurgie des Magens und der Speiseröhre	(§§ 81-88) 50
B8 Endoskopie	(§§ 91-98) 54
B9 Chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums	(§§ 101-108) 57
B10 Hernienchirurgie	(§§ 111-118) 60

Teil C - Anhänge

I.	Gebührenordnung	67
II.	Antragsformulare	69
	Chirurgische Koloproktologie	71
	Minimal-Invasive Chirurgie	79
	Chirurgische Erkrankungen des Pankreas	87
	Chirurgische Erkrankungen der Leber	95
	Adipositas- und metabolische Chirurgie	103
	Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie (K-SD/NSD)	113
	Endokrine Chirurgie (K-EC)	121
	Chirurgie des Magens und der Speiseröhre	129
	Endoskopie	139
	Chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums	145
	Hernienchirurgie	153
	Anlage für erweiterte Angaben	161
III.	Zertifikate für zertifizierte Einrichtungen	167
IV.	Zertifikate für Kooperationspartner zertifizierter Einrichtungen	179
V.	Urkunde für anerkannte Chirurgen	183
VI.	Liste der Codes für die minimal-invasiven Eingriffe (lt. §36)	187
VII.	Liste der Codes für die Endoskopie (lt. § 96)	193
VIII.	Kooperationsvertrag mit ambulanten Einrichtungen für die Hernienchirurgie	199
IX.	Kontakt	203

Teil A
Allgemeine Anforderungen
für die Zertifizierungen der Arbeitsgemeinschaften
der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Präambel

Mit ihrer Initiative, Abteilungen für Chirurgie Zertifikate zu verleihen, möchten die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), die kooperierenden Fachgesellschaften und die Arbeitsgemeinschaften der DGAV dazu beitragen, die Qualität der beteiligten Abteilungen in den betreffenden Bereichen darzustellen und mit Hilfe des Internets transparent zu machen. Die DGAV will durch diese Initiative zudem bewirken, dass die Qualität in den Abteilungen fortlaufend verbessert wird. Durch verpflichtende Datenerfassung und Nachuntersuchungen sollen Struktur- und Prozessqualität dargestellt und die (späte) Ergebnisqualität ermittelt werden.

Zur Umsetzung dieser Initiative wurden für bestimmte chirurgische Erkrankungen und Prozeduren von den zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach wissenschaftlichen Vorgaben und klinischer Erfahrung Qualitätsindikatoren und -standards entwickelt. Wenn eine chirurgische Abteilung diese Kriterien nachweisen kann, ist davon auszugehen, dass hier Chirurgie auf hohem Niveau betrieben wird. Der Patient kann sicher sein, dass in der Abteilung, die ein für seine Erkrankung zutreffendes Zertifikat führt, die Behandlung nachprüfbar ist und nach den hier dargestellten Kriterien vorgenommen wird.

Die Zertifizierung ist an Qualitätssicherungsmaßnahmen gebunden. Bei der Erstzertifizierung, die eine Gültigkeit von drei Jahren hat, müssen u. a. die Strukturen der Qualitätssicherung offen gelegt werden. Eine Rezertifizierung ist nur möglich, wenn valide Daten zur Prozess- bzw. Ergebnisqualität vorgelegt werden können.

Die Zertifizierung wird auf Antrag durchgeführt. Das Verfahren wird von der SAVC GmbH durchgeführt. Bei Vorliegen der geforderten Voraussetzungen prüft ein zertifizierter Auditor vor Ort, ob die Angaben zur Qualität der Abteilung zutreffen (Audit). Die Entscheidung über Ablehnung oder Annahme des Antrages erfolgt gemeinsam durch den Auditor, den Vorsitzenden bzw. Beauftragten der betroffenen Arbeitsgemeinschaft und den Geschäftsführer der SAVC GmbH. Darauf erhält das Krankenhaus eine Urkunde und ein in die Briefköpfe der Abteilung eindruckbares Signet. Damit kann die nachgewiesene Qualität sichtbar gemacht werden.

I. Grundlagen dieser Zertifizierungsordnung

§ 1

Standardentwicklung und Zertifizierungsinstitution

1. Das Zertifizierungssystem der DGAV folgt den Grundsätzen der DIN EN 15224 und der DIN EN ISO/IEC 17021.
2. Standardherausgebende Institutionen nach der DIN 17021 sind die Arbeitsgemeinschaften der DGAV und die kooperierenden Fachgesellschaften.
3. Als kooperierende Fachgesellschaften gelten neben der DGAV die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie und die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie sowie für den Bereich der chirurgischen Koloproktologie die Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) und für den Bereich der Chirurgie der Hernien die Deutsche Hernien Gesellschaft (DHG). Entscheidungen über Änderungen und Ergänzungen dieser Ordnung sollen einvernehmlich erfolgen. Der Vorstand der DGAV entscheidet in letzter Instanz.
4. Mit der Aufnahme von Aspekten der neuen Norm DIN EN 15224:2012 werden auch Bezüge zum Management klinischer Risiken in den Planungs-, Ausführungs- und Lenkungsprozessen in diese Ordnung aufgenommen.
5. Die Vorschriften zur Durchführung des Audits und die Anforderungen an die Auditoren orientieren sich an der DIN EN ISO 19011.
6. Das Zertifizierungsverfahren wird durch die SAVC GmbH, Haus der Bundespressekonferenz, Schiffbauerdamm 40, 10117 Berlin durchgeführt.

II. Kompetenzstufen und ihre Anforderungen

§ 2

Stufen der Zertifizierung und deren Kennzeichen

1. Kompetenzstufen

Je nach personeller und sachlicher Ausstattung, klinischen Erfahrungen, Weiterbildungsbefugnissen und wissenschaftlicher Tätigkeit werden bei den Zertifizierungen der DGAV drei Stufen unterschieden: Kompetenzzentrum, Referenzzentrum und Exzellenzzentrum.

Kompetenzzentrum kann eine Abteilung werden, deren personelle und sachliche Ausstattung und Erfahrung eine qualitativ gute und, soweit vorhanden, eine leitliniengerechte Behandlung sicherstellen.

Ein Referenzzentrum weist zusätzlich zu den für ein Kompetenzzentrum geltenden Bedingungen Weiterbildungsbefugnisse und wissenschaftliches Arbeiten nach.

Ein Exzellenzzentrum ist eine der führenden und größten Einrichtungen in klinischer Erfahrung, personeller und sachlicher Ausstattung sowie wissenschaftlichen Arbeiten in dem jeweiligen Fachgebiet. Zusätzlich zu den Voraussetzungen, die ein Referenzzentrum erfüllt, müssen weitere Voraussetzungen vorliegen.

2. Weiterbildung

Im Referenzzentrum besteht eine Befugnis zur Weiterbildung für mindestens 24 Monate. Im Exzellenzzentrum müssen die vollen Weiterbildungsbefugnisse für das Gebiet Viszeralchirurgie und ggf. das Fachgebiet betreffende Zusatzweiterbildungen vorliegen.

3. Im Exzellenzzentrum ist durch Vorlage von Zeugnissen nachzuweisen, dass innerhalb der letzten drei Jahre vor Antragsstellung mindestens zwei Weiterbildungsgänge erfolgreich abgeschlossen worden sind.

4. Organisation von Fortbildungsmaßnahmen für Dritte

Referenz- und Exzellenzzentren bieten in dem jeweiligen, die Zertifizierung betreffenden Fachgebiet, Fortbildungsveranstaltungen für Dritte an. Diese Fortbildungsveranstaltungen müssen von der zuständigen Ärztekammer zertifiziert sein. Ein Referenzzentrum muss pro Jahr mindestens sechs, ein Exzellenzzentrum mindestens 12 Zertifizierungspunkte vergeben können. Routinemäßige Klinikbesprechungen, deren Hauptzweck der Krankenversorgung zuzuordnen ist (z. B. Tumorkonferenzen, Morbiditäts- und

Mortalitätskonferenzen oder Falldemonstrationen) können nicht als Fortbildungsveranstaltung im Sinne des Absatzes 4 dieses Paragraphen und der jeweiligen Bestimmungen der §§ .8 (Teil B) gewertet werden, auch wenn die zuständige Ärztekammer solche Veranstaltungen zertifiziert hat und Fortbildungspunkte vergibt.

5. Hospitationen

Referenz- und Exzellenzzentren müssen in dem zu zertifizierenden Gebiet regelmäßig Hospitationen anbieten. Die Teilnehmer dieser Hospitationen müssen in Listen erfasst werden, die beim Audit vorgelegt werden müssen.

6. Wissenschaftliche Aktivitäten – Studien

Alle zertifizierten Zentren sollen an klinischen Studien teilnehmen. Referenzzentren müssen an mindestens einer registrierten Studie innerhalb von drei Jahren teilnehmen. Diese Studien müssen einem Evidenzniveau 1 - 3 entsprechen. Exzellenzzentren müssen an mindestens einer registrierten Studie innerhalb von zwei Jahren teilnehmen. In diese Studien müssen im Exzellenzzentrum mindestens 20 Patienten pro Jahr aufgenommen werden. Sie müssen dem Evidenzniveau 1 – 2 entsprechen. Darüber hinaus muss die Abteilung in den drei der Zertifizierung bzw. Rezertifizierung vorausgehenden Jahren mindestens in einer registrierten prospektiven Studie aus dem zur Zertifizierung anstehenden Themengebiet die Führerschaft vorweisen können.

7. Ausnahmeregelung – Studien

In Fällen, in denen auf einem Forschungsgebiet keine registrierten Studien existieren, kann der Vorstand der betreffenden Arbeitsgemeinschaft eine Liste vorlegen, in der diejenigen Studien enthalten sind, die als Ersatz für eine registrierte Studie im Sinne des § 2 Abs. 6 anerkannt werden können.

Nicht registrierte Studien können unter folgenden Bedingung im Sinne des § 2 Abs. 7 anerkannt werden:

- a. Der Vorstand der zuständigen Arbeitsgemeinschaft muss offiziell feststellen, dass zu dem betreffenden Arbeitsgebiet keine registrierten Studien vorliegen.
- b. Die in Satz 1 dieses Absatzes genannte Liste muss auf der DGAV-Internetseite der betreffenden Arbeitsgemeinschaft veröffentlicht und jährlich aktualisiert werden.
- c. Die Erklärung nach § 2, Abs. 7a. und die Liste nach § 2, Abs. 7b. müssen vom Vorstand der DGAV bestätigt werden.

8. Wissenschaftliche Aktivitäten – Publikationen

Ein Exzellenzzentrum sollte mindestens drei Arbeiten pro Jahr zu Themen des jeweiligen Fachgebietes in Journalen publizieren, die über ein Peer-Review-Verfahren verfügen.

III. Objekte der Zertifizierung

§ 3

Objekte der Zertifizierung

1. Es können folgende Institutionen zertifiziert werden:
 - a. Eine einzelne Chirurgische Abteilung oder ein chirurgisches Department in Verbindung mit einem verantwortlichen ärztlichen Leiter;
 - b. Ein Verbund mehrerer chirurgischer Abteilungen oder Departments, wenn sie unter einer einzigen, weisungsgebenden, gemeinsamen ärztlichen Leitung stehen, in Verbindung mit diesem Leiter;
 - c. Vertraglich gebundene Kooperationen mit ihren Leitern zwischen einer Klinik und ambulant tätigen Organisationen (z. B. Praxen niedergelassener Ärzte).
2. Das Zertifikat wird an eine Institution nach Absatz 1 in Verbindung mit einem für den jeweiligen Bereich verantwortlichen Allgemein- und Viszeralchirurgen vergeben. Es können weder eine Abteilung noch ein Chirurg für sich allein zertifiziert werden. Wenn der im Zertifikat genannte Chirurg die Abteilung verlässt, verliert das Zertifikat seine Gültigkeit.
3. Es kann nur eine einzelne Chirurgische Abteilung, nicht aber ein Verbund mehrerer Abteilungen oder Abteilungen zertifiziert werden.
4. In Abweichung von Abs. 3 kann auch dann eine Zertifizierung erfolgen, wenn im Rahmen eines Verbundes von mehreren Krankenhäusern eine einzige, für alle Häuser zuständige und verantwortliche chirurgische Abteilung mit dem Schwerpunkt des zu zertifizierenden Bereiches existiert. Im Zertifikat erscheinen der Name des verantwortlichen Chirurgen und der Krankenhausverbund.
5. Die Abteilung, der der Antragsteller angehört, muss alle chirurgischen Kernleistungen selbst erbringen. Hierzu zählen besonders die Operationen in den geforderten Mindestzahlen.
6. In Abweichung von Absatz 5 können auch Kooperationsverbünde zertifiziert werden, wenn sie die Bedingungen der Absätze 7 und 8 erfüllen.
7. Eine klinische Abteilung und eine ambulant tätige Institution (z. B. Praxis) können eine Kooperation eingehen, die ebenfalls zertifiziert werden kann. Voraussetzung für eine solche Kooperation ist eine fest etablierte Zusammenarbeit mit vertraglicher Absicherung.

8. Der Kooperationsvertrag muss mindestens folgende Bereiche verbindlich regeln:
 - a. Festlegung, welcher Kooperationspartner welche Eingriffe aus dem jeweiligen Mindestmengenkatalog erbringt.
 - b. Festlegung eines Rotationsplanes, nach dem die Mitarbeiter der Klinik bzw. Praxis zwischen diesen Institutionen wechseln. Die Kooperationspartner müssen sich verpflichten, in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen für eine ordnungsgemäße Weiterbildung der Rotationsassistenten zu sorgen.
9. Im Zertifikat erscheint der Name des Kooperationsverbundes in Verbindung mit den Leitern von Klinik bzw. Praxis.
10. Die CAES-Zertifizierungen können in ihrer Gebührenstruktur von diesen allgemeinen Regeln abweichen. (vgl. § 91ff)

IV. Qualitätssicherung

§ 4

Qualitätssicherung

1. Alle zertifizierten Zentren der DGAV müssen ohne Ausnahme an den unter den in Teil B §§ .7 festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnehmen, die damit integraler Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens sind.
2. Bei der Erstzertifizierung müssen die Bereitschaft zur Teilnahme an den festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen erklärt und die Modalitäten der Datenerfassung und -auswertung zu deren Umsetzung vorgelegt werden.
3. Es bleibt den Arbeitsgemeinschaften vorbehalten, bereits bei der Erstzertifizierung Daten der Qualitätssicherung zu fordern (vgl. §§ .7, Teil B).
4. Eine Rezertifizierung ist nur möglich, wenn Daten zu Ergebnis- und Prozessqualität der letzten drei Jahre vorgelegt werden. Zusätzlich müssen diejenigen Patienten aufgelistet sein, die einer Erfassung ihrer Daten widersprochen haben. Dazu werden von der zuständigen Arbeitsgemeinschaft Tracerdiagnosen bzw. Tracerprozeduren anerkannt; diese sollen Diagnosen bzw. Prozeduren sein, die auch im Mindestanforderungskatalog nach den §§ .6 in Teil B dieser Ordnung quantitativ definiert sind.
5. Die vollzählige Erfassung der Patienten mit den Tracerdiagnosen bzw. -prozeduren ist Voraussetzung zur Rezertifizierung. Für jede Tracerdiagnose bzw. -prozedur ist mindestens ein Qualitätsindikator mit einem zugehörigen Referenzwert anerkannt, dessen Erfüllung bei der Rezertifizierung geprüft wird. Dazu muss die zertifizierte Klinik für jedes der vergangenen drei Jahre eine Liste vorlegen, in der alle Patienten vollzählig erfasst sind, die wegen einer Tracerdiagnose oder -prozedur behandelt worden sind. In dieser Liste müssen die Patienten, die einer Erfassung ihrer Daten widersprochen haben, und diejenigen, über die trotz Bemühungen keine weiteren Daten erfasst werden konnten, kenntlich gemacht sein. Inkonsistenzen der Vollzähligkeit müssen beim Audit geklärt werden. Für das zu erreichende Follow-Up legen die zuständigen AG in § .7 einen Mindestwert fest.
6. Die Auswertung der Daten erfolgt durch das DGAV-StuDoQ (Studien-, Dokumentations- und Qualitätszentrum der DGAV). Alternative Qualitätssicherungs-Erhebungen anderer Gesellschaften, die sich auf denselben Tracer beziehen, können auf Antrag zur Vermeidung von Doppeleingaben anerkannt werden, sofern die Anforderungen dieser Ordnung an die Datenerfassung und Qualitätssicherung erfüllt sind.

7. Die Kosten für die Datenerhebung und -auswertung für die Qualitätssicherung nach den §§ .7 (Teil B) dieser Bestimmungen sind in den Antragsgebühren enthalten.
8. Der Antragsteller ist verpflichtet, bei der Übermittlung der Daten die Bestimmungen des Datenschutzes zu beachten. Er erklärt sich mit der Antragstellung mit der Übermittlung der Daten an die SAVC und die DGAV einverstanden.

V. Anerkannte Chirurgen und ihre Qualifikationsmerkmale

§ 5

Definition des Begriffs „Anerkannte Chirurgen“, Pflichten

1. Diejenigen Ärzte, die in den Zentren nach §§ 21 bis 119 für die Durchführung der Prozesse und die Einhaltung der Qualität verantwortlich sind, werden in dieser Ordnung als „anerkannte Chirurgen“ bezeichnet. Für diese gelten hinsichtlich ihrer fachlichen Qualifikation, ihrer Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Vereinigungen, ihrer Anzahl und ihrer Pflichten besondere Bedingungen. Auf Antrag des Betroffenen kann ein anerkannter Chirurg eine Urkunde über seine Tätigkeit im zertifizierten Zentrum erhalten. Voraussetzung für die Ausstellung dieses Zertifikates ist die vollständige Erfüllung aller Anforderungen an einen anerkannten Chirurgen nach diesem Paragraphen.
2. Der Antragsteller und die weiteren anerkannten Chirurgen müssen die in § 6 geforderten fachlichen Qualifikationen und Mitgliedschaften durch Vorlage der Urkunden und ggf. auch durch Zeugnisse nachweisen.
3. Die anerkannten Chirurgen einer zertifizierten Abteilung haben eine besondere Verpflichtung in Bezug auf die eigene Fortbildung. Dazu müssen sie für die drei der Antragstellung vorausgehenden Jahre die Teilnahme an von der zuständigen Arbeitsgemeinschaft vorgegebenen Fortbildungsmaßnahmen nachweisen. Pro Jahr müssen mindestens 16 Fortbildungspunkte auf Veranstaltungen erworben werden, deren Thematik dem betreffenden Zertifizierungsgebiet zuzuordnen ist. Diese Veranstaltungen werden durch den Vorstand der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft auf deren Webseite im Internetauftritt der DGAV bekannt gemacht. Bei Veranstaltungen im Ausland, bei denen keine Zertifizierungspunkte vergeben werden, werden pro Tag einer nachgewiesenen Teilnahme 8 Punkte angerechnet. Das Nähere regeln die §§ .8 (B) dieser Ordnung. Die Nachweise über die Teilnahme an diesen Veranstaltungen müssen dem Antrag beigefügt und beim Audit im Original vorgelegt werden.
4. Jeder anerkannte Chirurg muss entweder Mitglied der DGAV und der jeweils zuständigen Arbeitsgemeinschaft oder Mitglied einer der zuständigen kooperierenden Fachgesellschaften nach § 1 Abs. 3 sein.

§ 6

Fachliche Qualifikation

1. Ein anerkannter Chirurg muss regelmäßig im zertifizierten Gebiet eine relevante Anzahl von Eingriffen operieren. Er verfügt im Regelfall über die Gebietsbezeichnung „Viszeralchirurg“ in Verbindung mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Viszeralchirurgie“. In besonderen Fällen kann eine gleichwertige Qualifikation für das geforderte Spektrum anerkannt werden.
2. Als gleichwertige Qualifikation wird eine fachspezifische EBSQ-Qualifikation anerkannt.
3. Als weitere gleichwertige Qualifikation kann in den Bereichen der Adipositas- und metabolischen Chirurgie (vgl. § 62), der endokrinen Chirurgie (vgl. § 72) und der Hernienchirurgie (vgl. § 112) auch die persönlich nachzuweisende Expertise anerkannt werden, wenn zwischen dem Vorsitzenden bzw. Beauftragten der Arbeitsgemeinschaft und dem Geschäftsführer der SAVC GmbH hierüber Einvernehmen besteht und der Auditor sich vor Ort von dieser Expertise überzeugt hat.
4. Die Arbeitsgemeinschaften können weitere Kriterien zur ärztlichen Qualifikation der im jeweiligen Zentrum anerkannten Chirurgen definieren.

§ 7

Anzahl der anerkannten Chirurgen in den Kompetenzstufen

1. Im Kompetenzzentrum müssen mindestens zwei Ärzte mit den in § 6 definierten Qualifikationsmerkmalen tätig sein.
2. Im Referenz- und Exzellenzzentrum müssen mindestens drei Ärzte mit den in § 6 definierten Qualifikationsmerkmalen tätig sein.

VI. Merkmale zertifizierter Krankenhausabteilungen und Praxen

§ 8

Ausstattung, Kooperationen und Mindestfallzahlen

1. Zertifizierte Abteilungen müssen eine technische Mindestausstattung nachweisen. Diese ist für die einzelnen Kompetenzstufen für jedes Zertifizierungsgebiet unter den §§ .4 des Teils B festgelegt.
2. Zur Sicherung einer umfassenden Behandlungsqualität werden ggf. Kooperationen mit anderen Fachgebieten vorgeschrieben. Mit kooperierenden Institutionen, die sich nicht in der gleichen Trägerschaft wie die antragstellende Abteilung befinden, müssen Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden. Das Nähere ist unter den §§ .5 (B) festgelegt.
3. Die in den einzelnen Kompetenzstufen für das jeweilige Fachgebiet geltenden Mindestfallzahlen sind von der zuständigen Arbeitsgemeinschaft festgelegt und unter den §§ .6 (B) aufgelistet. Im Vergleich zu einem Kompetenzzentrum hat ein Referenzzentrum eine höhere Mindestfallzahl zu erbringen. Ggf. kann für Referenzzentren auch die Durchführung schwieriger Eingriffe gefordert werden. In Exzellenzzentren kann eine noch höhere Anzahl an Mindestmengen für diagnostische und therapeutische Prozeduren gefordert werden. Zusätzlich können komplexe Operationen und Rezidiv- bzw. Nachoperationen gefordert werden.
4. Die geforderten Mindestfallzahlen müssen bei einer Erstzertifizierung für die zwei und bei einer Rezertifizierung für die drei der Antragstellung unmittelbar vorausgehenden Kalenderjahre (Referenzjahre) nachgewiesen werden. Sie sind im Antragsformular mit OPS-Codes anzugeben. Es dürfen nur die tatsächlich in der antragstellenden Abteilung erbrachten Eingriffe gezählt werden.
5. Vom Controlling oder Leiter der Verwaltung oder Geschäftsführer der zu zertifizierenden Institution muss durch Unterschrift die Richtigkeit der angegebenen Eingriffszahlen bestätigt werden. Diese verantwortliche Person muss im Antragsformular namentlich anerkannt werden.
6. Die Mindestzahlen in den einzelnen Kategorien können nicht durch höhere Zahlen in anderen Kategorien kompensiert werden.
7. Die einzig zulässige Ausnahme gilt bei einer Erstzertifizierung für den Fall, dass in einer einzigen Kategorie in einem der beiden Erhebungsjahre die Mindestzahl unterschritten wurde, in dem anderen Jahr aber so hoch war, dass der Durchschnitt aus beiden Jahren über der geforderten Mindestzahl

lag. Beim Rezertifizierungsverfahren kann als Maßzahl der Durchschnitt der letzten fünf Jahre in der betreffenden Kategorie herangezogen werden. Diese muss ebenfalls über der geforderten Mindestzahl liegen.

8. Auszeichnung von Kooperationspartnern

Die anerkannten Kooperationspartner können auf Antrag des zertifizierten Zentrums eine Urkunde erhalten, die von der DGAV ausgestellt wird und auf die besondere Kooperationspartnerschaft hinweist.

§ 9

Pflichten zertifizierter Krankenhausabteilungen

1. Durch die Verantwortlichen einer zertifizierten Abteilung muss sichergestellt werden, dass bei jedem der unter §§ .6 Abs. 2 (B) genannten elektiven Eingriffe mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirkt.
2. Jedes zertifizierte Zentrum muss zur Erhebung seiner Daten im Rahmen der Qualitätssicherung einen Dokumentationsbeauftragten oder -assistenten vorhalten.
3. Die in den §§ .3 (B) vorgeschriebenen Sprechstunden müssen regelmäßig und zeitnah von einem anerkannten Chirurgen beaufsichtigt werden.

VII. Antragstellung und Abwicklung des Verfahrens

§ 10

Antragstellung und Abwicklung des Verfahrens

1. Zur Antragstellung sind das auf der Web-Seite der SAVC GmbH hinterlegte Antragsformular sowie für die Auflistung der weiteren anzuerkennenden Chirurgen, der Studien, der Fortbildungsveranstaltungen für Dritte und der eigenen, zertifizierungsbezogenen Fortbildung das Anlagenformular zu verwenden. Diese müssen mit Hilfe einer elektronischen Schreibhilfe vollständig ausgefüllt und zusammen mit den geforderten Unterlagen bei der SAVC GmbH, Schiffbauerdamm 40, 10117 Berlin, eingereicht werden.
2. Wenn ein Antrag per Email eingereicht wird, muss (müssen) die letzte(n) Seite(n) des Antrags und ggf. der Anlagen mit den Unterschriften des Antragstellers und des Controllers per Post im Original nachgereicht werden
3. Der Antragsteller muss zum Kreis der anzuerkennenden Chirurgen nach § 5 zählen.
4. Die SAVC GmbH bearbeitet den Antrag nach der Maßgabe dieser Zertifizierungsordnung.
5. Den Unterlagen ist eine Kopie des letzten strukturierten Qualitätsberichtes des Krankenhauses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V, Kopien der Urkunden über Gebiets- und Zusatzbezeichnungen der anerkannten Chirurgen nach § 5 sowie ggf. weitere in dieser Ordnung geforderte Unterlagen beizufügen.
6. Die zuständige Arbeitsgemeinschaft und die kooperierende Fachgesellschaft werden regelmäßig über den Stand jedes einzelnen Verfahrens informiert: Es werden je nach Stand des Verfahrens Datum des Antragseinganges, Vollständigkeit der Unterlagen, vorgesehener Auditor und der Auditbericht mit der abschließenden Empfehlung des Auditors mitgeteilt.
7. Nach formaler und inhaltlicher Prüfung der Unterlagen durch die SAVC GmbH wird ein Auditor beauftragt, die antragstellende Abteilung zu besuchen und zu überprüfen, ob die geforderten Voraussetzungen für die Zertifizierung gegeben sind (Audit). Weitere Einzelheiten der Auditorenauswahl und die Anforderungen an den Auditor sind in den §§ 13 und 14 dieser Ordnung festgelegt.
8. Nach dem Audit und Vorlage des Berichtes entscheidet das in § 15 festgelegte Gremium über Annahme, Ablehnung und ggf. über Vorbehalte hinsichtlich zu beseitigender Missstände im auditierten Zentrum.

9. Die Geschäftsstelle der SAVC GmbH teilt dem Antragsteller das Ergebnis des Entscheidungsgremiums ggf. einschließlich der Vorbehalte mit und veranlasst die Herstellung des Zertifikates und des Signets und stellt die Übermittlung dieser Dokumente sicher.

§ 11

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften

1. Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaften benennt einen Vertreter für Zertifizierungsangelegenheiten. Dieses Amt nimmt in der Regel der Vorsitzende wahr. Es kann auch ein anderes Mitglied der zuständigen Arbeitsgemeinschaft als Beauftragter anerkannt werden.
2. Die jeweiligen Arbeitsgemeinschaften überprüfen regelmäßig den Inhalt der zugehörigen Kriterien dieser Ordnung und stellen Anträge auf Änderungen bzw. Ergänzungen. Dies betrifft insbesondere die jährliche Aktualisierung der OPS-Ziffern in den §§ .6 (B) und die Überprüfung der Referenzwerte der Qualitätsindikatoren in den §§ .7 (B).
3. Die Arbeitsgemeinschaften benennen der Geschäftsstelle der SAVC jährlich diejenigen Fortbildungsveranstaltungen auf ihrem Gebiet, deren Besuch auf die Erfüllung der Pflichten zur eigenen Fortbildung der anerkannten Chirurgen nach den §§ .8 (B) angerechnet werden können. Diese Veranstaltungen werden auf der Seite „anerkannte Fortbildungsveranstaltungen“ der DGAV-Web-Seite veröffentlicht.
4. Jährlich wird dem Vorstand der DGAV eine aktualisierte Liste der Auditoren vorgelegt, die für den jeweiligen Bereich tätig werden sollen.
5. Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften nach § 11 dieser Ordnung sind Bestandteil der Ordnung für die Arbeitsgemeinschaften der DGAV (siehe dort § 2, Abs. 7)

§ 12

Gebühren

1. Die SAVC GmbH legt in Abstimmung mit den kooperierenden Fachgesellschaften die Gebührenpositionen für die verschiedenen Leistungen im Rahmen der Zertifizierungen und deren Höhe fest. Diese werden in einer Gebührentabelle veröffentlicht.
2. Für Abteilungen außerhalb Deutschlands wird ein Zuschlag erhoben, dessen Höhe sich an dem zusätzlichen Aufwand bemisst.

3. Bei Kooperationsverbünden, deren Auditierung voraussichtlich mehr als einen Tag in Anspruch nimmt, wird ein Zuschlag auf die Grundgebühren erhoben, dessen Höhe sich an dem zusätzlichen Aufwand bemisst.
4. Wird ein Antrag nach formaler und inhaltlicher Prüfung abgelehnt, erfolgt eine Rückerstattung der Gebühren nach Abzug der durch die Bearbeitung des Antrages entstandenen Aufwendungen. Eine Erstattung der Gebühren entfällt, wenn die Ablehnung nach durchgeführtem Audit erfolgt.
5. Wegen des derzeit noch geringeren Zertifizierungsaufwandes betragen die Gebühren für die Zertifizierung von Endoskopiezentren nach § 91ff in Abänderung des Abs. 1 40 v. H. der Gebühren nach Abs. 1.

§ 13 Audit

1. Zertifizierung und Rezertifizierung können nur mit einem Audit erfolgreich abgeschlossen werden. Das Audit dient der Zustandsbeschreibung des Zentrums und der Plausibilitätsprüfung. Jedes Zertifizierungsverfahren erfordert ein eigenes, auf das jeweilige Verfahren zugeschnittene, Audit.
2. Die zuständige Arbeitsgemeinschaft entwickelt für den Auditor eine Checkliste, an Hand derer der Zustand im Zentrum überprüft wird. Sie dient dem Auditor und der antragstellenden Abteilung als Vorbereitung auf das Audit und stellt die vollständige Erfassung aller zu prüfenden Parameter sicher.
3. Die Zulassung zum Audit erfolgt nach formeller Überprüfung der Antragsunterlagen durch den Geschäftsführer der SAVC GmbH. In den Fällen, in denen nach den Unterlagen eine Annahme des Zertifizierungsantrages erwartet werden kann, beauftragt der Geschäftsführer der SAVC einen Auditor.
4. Kommt der Geschäftsführer der SAVC GmbH zu der Auffassung, dass die vorgelegten Unterlagen nicht zur Zulassung zum Audit ausreichen, legt er den gesamten Vorgang zur Bestätigung dem Vorstand der zuständigen Arbeitsgemeinschaft und ggf. der kooperierenden Fachgesellschaft vor.
5. Kommen nach den schriftlichen Unterlagen der Geschäftsführer der SAVC GmbH und der Beauftragte der zuständigen Arbeitsgemeinschaft zu der einhelligen Auffassung, dass aufgrund vorliegender Defizite der Antrag abgelehnt werden muss, teilt die SAVC GmbH diesen Beschluss dem Antragsteller mit. Das Verfahren bei der SAVC GmbH ist mit diesem Bescheid abgeschlossen. Der Antragsteller hat die Möglichkeit, gegen diesen Entscheid gem. § 15 Abs. 4 Widerspruch einzulegen.

6. Kann zwischen Geschäftsführer der SAVC GmbH und dem Beauftragten der Arbeitsgemeinschaft zu diesem Zeitpunkt des Antragsverfahrens kein Einvernehmen hergestellt werden, muss das Audit abgenommen und anschließend eine Entscheidung nach § 15 herbeigeführt werden.
7. Für den Fall, dass andere Gesellschaften an der Erteilung des Zertifikates beteiligt sind, ist ein Vertreter dieser Gesellschaft in die Entscheidung einzubeziehen. Dies kann entfallen, wenn ein Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft zugleich als Repräsentant der kooperierenden Fachgesellschaft bestimmt ist.
8. Der Auditor soll alle für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung relevanten Bereiche des Krankenhauses in Verwaltung, Diagnostik und Therapie in Augenschein nehmen. Der Antragsteller und seine Mitarbeiter sind verpflichtet, typische Eingriffe im Operationssaal zu demonstrieren und Einblick in die Komplikationsstatistik zu gewähren. Die Protokolle der interdisziplinären M&M-Konferenzen, deren Vorhaltung diese Ordnung fordert, müssen dem Auditor vorgelegt werden.
9. Das Audit soll an einem Werktag abgeschlossen sein. Der Auditor fasst einen Bericht, der der zuständigen Arbeitsgemeinschaft zur Kenntnis gebracht und der in der Geschäftsstelle der SAVC GmbH hinterlegt wird. Die besuchte Abteilung soll eine Kopie des Auditberichtes erhalten.
10. Bei Auffälligkeiten kann das Entscheidungsgremium nach § 15 festlegen, dass ein Zwischenaudit vorgenommen wird. Der Zeitpunkt wird vom Entscheidungsgremium bestimmt.
11. Beim Audit muss der Antragsteller anwesend sein. In besonderen Situationen kann er von einem im Antrag anerkannten Chirurgen vertreten werden. Alle anerkannten Chirurgen sollen beim Audit anwesend sein.
12. Die im Antrag genannten Kooperationspartner müssen beim Audit für Fragen des Auditors zur Verfügung stehen.

§ 14 Auditoren

1. Die Auditoren werden von der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft und ggf. den kooperierenden Fachgesellschaften benannt und vom Vorstand der DGAV bestätigt. Jede Arbeitsgemeinschaft übermittelt eine Liste mit mindestens drei Auditoren an die SAVC GmbH.
2. Der Vorstand der DGAV und die beteiligten Fachgesellschaften können weitere Auditoren benennen.

3. Der Geschäftsführer der SAVC GmbH darf nur Auditoren aus dieser Liste für Audits beauftragen.
4. Die Arbeitsgemeinschaft prüft jährlich die Liste der Auditoren und teilt ggf. Änderungen der Liste dem Vorstand der DGAV und der SAVC GmbH mit.
5. Die Auditoren müssen im jeweiligen Fachgebiet renommiert sein und eine langjährige Führungsposition einer chirurgischen Abteilung nachweisen können. Zusätzlich müssen sie den Nachweis führen können, über eine besondere Kompetenz zur Abnahme von Audits zu verfügen. Diese Kompetenz wird unterstellt, wenn der Auditor die Teilnahme an einem Auditorenseminar der DGAV nachweisen kann.
6. Ein neu berufener Auditor muss bei seinen ersten Audits für die SAVC GmbH mindestens einmal von einem erfahrenen Auditor begleitet werden.
7. Bei der Auswahl der Auditoren ist darauf zu achten, dass keine positive oder negative Befangenheit vorliegt. Die Auditoren sollten nicht in zu naher räumlicher Konkurrenzsituation zum Antragsteller tätig sein. Der Auditor darf zu keinem Zeitpunkt in seiner Laufbahn mit dem antragstellenden Chefarzt (bzw. mit dem das jeweilige Teilgebiet leitenden Chirurgen) gemeinsam in einer Abteilung tätig gewesen sein.
8. Nach Beauftragung stimmt der Auditor mit der zu besuchenden Abteilung den Audittermin ab, der nicht später als sechs Wochen nach Auftragsannahme liegen soll.
9. Der Auditor erhält für ein abgeschlossenes Audit ein Honorar und den Ersatz der Reisekosten. Das Audit gilt als abgeschlossen, wenn der Bericht in der Geschäftsstelle der SAVC GmbH eingegangen ist.

§ 15

Begutachtung/Entscheidung

1. Die Entscheidung über Annahme oder Ablehnung des Antrages nach einem Audit werden gemeinsam vom Auditor, dem Vorsitzendem bzw. Beauftragten der Arbeitsgemeinschaft und dem Geschäftsführer der SAVC GmbH getroffen. Falls eine weitere Gesellschaft beteiligt ist, wird auch deren Vertreter einbezogen.
2. Die Federführung beim Abstimmungsprozess liegt bei der SAVC GmbH. Die Entscheidung erfordert eine 2/3- bzw. $\frac{3}{4}$ -Mehrheit der genannten Beteiligten.

3. Bei ablehnendem Votum, fehlenden Voraussetzungen oder nicht zu behebbenden Mängeln in der Qualitätssicherung muss der Antrag abgelehnt werden.
4. Wenn ein Antrag abgelehnt worden ist, besteht für den Antragsteller die Möglichkeit, innerhalb von vier Wochen nach Zustellung gegen den Ablehnungsbescheid Widerspruch beim Vorstand der DGAV einzulegen. Der Antragsteller ist im Ablehnungsbescheid auf diese Widerspruchsmöglichkeit hinzuweisen.

§ 16

Abschluss des Verfahrens – Ausstellung und Gültigkeit des Zertifikates

1. Mit der Entscheidung durch das Gremium nach § 15 Abs. 1 bzw. § 13 Abs. 5 ist das Verfahren bei der SAVC abgeschlossen. Im Falle der Annahme des Antrages wird von der SAVC GmbH ein Zertifikat ausgestellt. Das Zertifikat benennt die zertifizierte Abteilung, den antragstellenden, verantwortlichen Arzt, die Kompetenzstufe und das Verfallsdatum. Es wird vom Präsidenten und/oder Sekretär der DGAV, ggf. von Repräsentanten anderer beteiligter Fachgesellschaften und vom Vorsitzenden der zuständigen Arbeitsgemeinschaft unterzeichnet.
2. Parallel dazu wird auf der Web-Seite der DGAV fortlaufend eine Liste mit den zertifizierten Zentren gepflegt und veröffentlicht.
3. Die zertifizierte Abteilung erhält außer dem Zertifikat ein Zertifizierungslogo, das sie in ihre Briefköpfe drucken kann.
4. Besteht eine Kooperation zwischen einer Abteilung und einem ambulanten Zentrum, so wird auf der Urkunde auch das ambulante Zentrum genannt. Beide Institutionen erhalten je ein Zertifikat.
5. Die Erstzertifikate und die Rezertifikate gelten jeweils 3 Jahre. Das Ende der Gültigkeit wird auf der Urkunde und in der Liste Internet angegeben.
6. Der Antrag auf Rezertifizierung muss spätestens drei Monate vor Ablauf der Gültigkeit des Zertifikates in der Geschäftsstelle der SAVC GmbH vorliegen.
7. Die zertifizierte Abteilung ist verpflichtet, jede Änderung, die die Gültigkeit des Zertifikates tangieren kann, der SAVC GmbH und der zuständigen Arbeitsgemeinschaft mitzuteilen. Solche Änderungen sind insbesondere die Neubesetzung der Leitungsposition, relevante Änderungen der Abteilungsgröße und relevante Änderungen bei den Kooperationspartnern. Jährlich muss die Anzahl der im Mindestmengenkatalog genannten Eingriffe bzw. Maßnahmen mitgeteilt werden.

8. Das Entscheidungsgremium nach § 15 kann die Gültigkeit eines Zertifikates vor dessen vorgesehenem Ablauf aufheben, wenn
- a. gravierende Strukturveränderungen in der zertifizierten Abteilung vorgenommen worden sind,
 - b. zeitlich terminierte Vorbehalte, die mit der Anerkennung als zertifiziertes Zentrum ausgesprochen worden waren, nicht ausgeräumt worden sind oder
 - c. die Abteilung ihren Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht nachgekommen ist.

VIII. Besondere Gegebenheiten

§ 17

Wechsel des verantwortlichen Chirurgen und Wechsel einer kompletten chirurgischen Einheit in eine andere Trägerschaft verbunden mit einem Standortwechsel

1. Wenn in einer zertifizierten Abteilung ein Wechsel des verantwortlichen Chirurgen stattfindet, verliert das Zertifikat seine Gültigkeit. Die Abteilung wird aber bei der SAVC in der Liste der zertifizierten Abteilungen für drei Monate weiter geführt.
2. Wenn nur die Person des Antragstellers wechselt, nicht aber Struktur und Zuschnitt der Abteilung gravierend verändert werden, kann auf Antrag das Zertifikat ohne Audit auf den neuen Arzt übertragen werden, wenn dieser die persönlichen Voraussetzungen erfüllt.
3. Im Antrag müssen die Eingriffszahlen der Abteilung des dem Antrag vorangehenden Jahres nachgewiesen werden. Zusätzlich müssen die persönlichen Voraussetzungen des neuen verantwortlichen Arztes von der Geschäftsstelle überprüft werden.
4. Über den Antrag entscheidet nach Vorbereitung der Unterlagen durch die SAVC das Gremium nach § 15.
5. Durch eine Übertragung nach Abs. 2 ohne Audit verlängert sich die Gültigkeitsdauer des ursprünglich erteilten Zertifikates nicht.
6. Sollte nicht nur der verantwortliche Arzt wechseln, sondern auch die Struktur der Abteilung verändert worden sein, gelten für Antrag, Ablauf und Audit die Regeln des Neuantrages.
7. Wenn eine vollständige Abteilung bei einem Standortwechsel zu einem anderen Träger wechselt, können die Bestimmungen dieses Paragraphen analog angewendet werden.
8. Ein Wechsel einer „vollständigen Abteilung“ liegt dann vor, wenn mindestens zwei der anerkannten Chirurgen einschließlich des Zentrumsleiters, mindestens zwei verantwortliche Funktionsträger, die Kooperationspartnerschaften und die Strukturen der alten Abteilung in die neue Trägerschaft verlagert werden.
9. Bei der Prüfung dieser Bedingungen muss festgestellt werden können, dass ggf. neue Kooperationspartnerschaften gleichwertig mit den zuvor bestehenden sind.

§ 18

Höherstufung bei gültigem Zertifikat

1. Bei mehrstufigen Zertifizierungen besteht die Möglichkeit des „Upgrading“. Erreicht die zertifizierte Abteilung während der Gültigkeitsdauer des Zertifikates alle formalen Voraussetzungen der nächsthöheren Stufe analog der Bestimmungen für eine Erstzertifizierung, wie in § 8 festgelegt, so kann auf Antrag eine Höherstufung erfolgen.
2. Diese Höherstufung erfordert in der Regel kein erneutes Audit. Die Gültigkeitsdauer des Zertifikates wird durch die Höherstufung nicht verlängert. Wenn die Kriterien nach Abs. 1 dieses Paragraphen keine eindeutige Beurteilung erlauben, muss ein Audit vorgenommen werden.
3. Für die Abwicklung und Ausstellung des neuen Zertifikates ohne Audit wird eine Bearbeitungsgebühr erhoben. Sollte ein Audit vorgenommen worden sein, werden die regulären Bearbeitungsgebühren nach den Regelungen der Gebührenordnung erhoben.

IX. Abschließende Bestimmungen

§ 19

Schlussbestimmungen

1. Diese Ordnung tritt mit der Versionsnummer 5.1 am 1. Mai 2016 in Kraft.
2. Die Version 3.0 galt vom 01.08.2011 bis zum 14.01.2012.
3. Die Version 3.1 galt vom 15.01. bis zum 14.03.2012.
4. Die Version 3.2 galt vom 15.03. bis zum 19.09.2012.
5. Die Version 3.3 galt vom 20.09. bis zum 21.10.2012.
6. Die Version 3.4 galt vom 22.10. 2012 bis zum 30.09.2013.
7. Die Version 4.0 galt vom 01.10.2013 bis zum 13.11.2014
8. Die Version 4.1 galt vom 14.11.2014 bis zum 15.01.2015
9. Die Version 4.2 galt vom 16.01.2015 bis zum 30.09.2015
10. Die Version 5.0 galt vom 01.10.2015 bis zum 30.04.2016
11. Änderungen des Teiles A (§§ 1-20) werden entsprechend § 1, Abs. 3 dieser Ordnung einvernehmlich von den kooperierenden Fachgesellschaften herbeigeführt. Der Vorstand der DGAV entscheidet in letzter Instanz.
12. Änderungen des Teiles B (§§ 21 – 119) erfolgen durch Beschlussfassung des Vorstandes der zuständigen Arbeitsgemeinschaft und Verabschiedung durch die kooperierenden Fachgesellschaften im Sinne des § 1, Abs. 3 dieser Ordnung. Der Vorstand der DGAV entscheidet in letzter Instanz.
13. Diese Bestimmungen werden im Internet auf der Seite der SAVC GmbH publiziert.

§ 20

nicht besetzt

Teil B

Spezielle Bestimmungen der einzelnen Zertifizierungsbereiche

B 1

Chirurgische Koloproktologie

§ 21

Kompetenzstufen der zertifizierten Zentren für chirurgische Koloproktologie

1. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Koloproktologie (CACP) und die Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) haben für ihren Bereich Kriterien für ein Kompetenz-, Referenz- und Exzellenzzentrum definiert. Die allgemeinen Kriterien für diese Kompetenzstufen sind in § 2 festgelegt.

§ 22

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die Anforderungen an die anerkannten Ärzte in Zentren für chirurgische Koloproktologie sind in den §§ 5 und 6 dieser Ordnung festgelegt.

§ 23

Abteilungsorganisation

1. Regelmäßige Sprechstunden müssen mindestens einmal in der Woche angeboten werden.
2. Im Antrag sind Wochentag und Uhrzeit anzugeben.

§ 24

Apparative diagnostische Verfahren

1. Die nachfolgend aufgeführten apparativen diagnostischen Verfahren müssen zur Verfügung stehen:
 - a. Endoskopie
 - b. abdomineller Ultraschall
 - c. Endosonographie
 - d. Transitzeitbestimmung
 - e. Defäkographie
 - f. CT
 - g. MRT

2. Wenn diese Leistungen insgesamt oder zu Teilen von Institutionen erbracht werden, die nicht in der gleichen Trägerschaft wie die zu zertifizierende chirurgische Abteilung stehen, muss die vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit den entsprechenden Abteilungen nachgewiesen werden.

§ 25

Kooperationen

1. Es muss eine interdisziplinäre Kooperation mit Urologie, Gynäkologie, Gastroenterologie, Neurologie, Strahlentherapie, Onkologie und Pathologie organisiert sein.

§ 26

Mindestfallzahlen

1. Für die chirurgische Koloproktologie gelten bei diagnostischen und operativen Eingriffen folgende Mindestzahlen:

Eingriffsart	Kompetenzzentrum	Referenzzentrum	Exzellenzzentrum
a. Prokto- und Rektoskopien	200	500	500
b. Koloskopien	200	500	500
c. Endosonographien	25	100	100
d. Colonresektionen 5-455, 5-456, 5-458	75	150	150
e. Rektumresektionen 5-484, 5-485, 5-486.3, 5-486.4	25	50	50
f. Hämorrhoidenoperationen 5-493.2 bis 5-493.y	30	50	50
g. Operationen bei Abszess, Fistel, Fissur oder Sinus pilonidalis 5-490, 5-491, 5-492, 5-891, 5-897	50	100	100
h. Komplexe anale und transanale Eingriffe 5-482.12, 5-482.82, 5-482.92, 5-486.2, 5-486.6, 5-482.b0, 5-482.b1, 5-496, 5-059	10	20	20
i. Operation rektovaginaler Fisteln 5-706.2 oder 5-486.2 in Kombination mit ICD N82.3 Doppeldokumentation derselben Patienten unter h. und i. sind nicht zulässig	-	-	5
j. Restaurative Proktokolektomien 5-456.23, 5-456.25	-	-	5

2. Gemäß § 9 Abs. 1 muss bei jedem Eingriff der Gruppen e., h., i. und j. des Abs. 1 dieses Paragraphen mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirken.

§ 27

Qualitätssicherung

1. Bei der Erstzertifizierung muss der Antragsteller seine Bereitschaft erklären, an den von der CACP festgelegten Qualitätssicherungsverfahren teilzunehmen. Er verpflichtet sich, soweit nicht schon vorhanden, so schnell wie möglich, die Voraussetzungen zur Erfassung der Behandlungs- und Follow-up-Daten zu schaffen.
2. Es wird die Datenerfassung durch DGAV-StuDoQ empfohlen. Die hier festgelegten Parameter gelten als Mindestanforderungen. Alternativ können die Erfassungssysteme des An-Institutes Magdeburg und des Westdeutschen Darmzentrum (WDC) anerkannt werden. Bei Nutzung dieser Systeme müssen unter Berücksichtigung der Sätze 1 und 2 dieses Absatzes ggf. zusätzliche Parameter erhoben werden.
3. Als Tracerdiagnosen sind das radikal abdominal operierte Rektumkarzinom und die komplexen Analfisteln festgelegt. Weitere Tracerdiagnosen können von der CACP bestimmt werden.
4. Bei der Tracerdiagnose „Rektumkarzinom“ werden folgende Qualitätsindikatoren erfasst:
 - a. Lokalrezidivrate,
 - b. Anteil und Gesamtzahl der Operationspräparate, deren Mesorektum- und Resektatqualität im pathologischen Befund als „gut“ oder „mäßig gut“ beurteilt wird. (1 oder 2 nach Mercury-Kriterien),
 - c. Anteil und Gesamtzahl der operierten Patienten mit Rektumkarzinom, deren stationärer Aufenthalt mit Tod endet,
 - d. Anteil und Gesamtzahl der operierten Patienten mit Rektumkarzinom, deren stationärer Aufenthalt länger als 30 Tage nach der Operation dauert,
5. Bei der Tracerdiagnose „komplexe Analfisteln“ wird die Revisionsrate innerhalb von 30 Tagen nach Operation als Qualitätsindikator erfasst. Die Follow-up-Rate soll 75 % erreichen.
6. Für die in Abs. 4 festgelegten Qualitätsindikatoren gelten folgende Referenzwerte:

- a. Die Lokalrezidivrate soll einen Anteil von 10 % der operierten Patienten nach 5 Jahren und/oder 8 % nach 2 Jahren nicht überschreiten. Das Follow up sollte mindestens 80 % betragen. Die Erfüllung und Erfassung dieses Qualitätsindikators wird nicht zur Bedingung einer Rezertifizierung gemacht.
 - b. Der Anteil der Operationspräparate, deren Qualität im pathologischen Befund als „gut“ oder „mäßig gut“ beurteilt wird, soll bei mindestens 80 % aller Resektate liegen.
 - c. Die Summe der Patienten, die von den Qualitätsindikatoren nach Abs. 4 c.-d. erfasst werden, soll 15 % aller operierten Patienten nicht überschreiten.
7. Eine Rezertifizierung ist nur möglich, wenn die Jahresauswertung der Datenerfassung des der Rezertifizierung vorangehenden Kalenderjahres mit allen erhobenen Abteilungsdaten vorgelegt werden können. Im ersten Halbjahr eines Kalenderjahres können in dem Fall, dass die Jahresauswertung des letzten Kalenderjahres noch nicht vorliegt, auch die Auswertungen des vorletzten Jahres herangezogen werden.
 8. Der Antragsteller erklärt sich mit Antragstellung damit einverstanden, dass unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen die Daten von der SAVC GmbH erfasst und an die DGAV weitergegeben werden dürfen.

§ 28

Eigene Fortbildung

1. Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft und der kooperierenden Fachgesellschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
2. Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

§ 29

nicht besetzt

§ 30

nicht besetzt

B 2

Minimal invasive Chirurgie (MIC)

§ 31

Kompetenzstufen der zertifizierten Zentren für minimal-invasive Chirurgie

1. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für minimal-invasive Chirurgie hat für ihren Bereich Kriterien für ein Kompetenz-, Referenz- und Exzellenzzentrum definiert. Die allgemeinen Kriterien für diese Kompetenzstufen sind in § 2 festgelegt.

§ 32

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die Anforderungen an die anerkannten Ärzte in Zentren für minimal-invasive Chirurgie sind in den §§ 5 und 6 dieser Ordnung festgelegt.

§ 33

nicht besetzt

§ 34

Apparative und diagnostische Verfahren

1. Im Kompetenzzentrum muss mindestens ein MIC-Turm und laparoskopisches Instrumentarium auf aktuellem technischen Standard vorhanden sein.
2. Im Referenz- und Exzellenzzentrum muss die Möglichkeit zur interventionellen Endoskopie verfügbar sein (eigene Endoskopie oder Kooperation mit der Gastroenterologie).

§ 35

nicht besetzt

§ 36

Eingriffshäufigkeiten

1. Unter Berücksichtigung der Vorgaben nach § 8 müssen folgende Mindestzahlen für minimal-invasive Eingriffe nachgewiesen werden:

Eingriffsart	Kompetenz- zentrum	Referenz- zentrum	Exzellenz- zentrum
a. Gruppe I: Cholezystektomie, Hernienreparation Appendektomie	100	200	200
b. Gruppe II: Reflux, Magenresektion, Leberresektion, Splenektomie, Adrenalektomie, Parathyreoidektomie, Colonresektion, Rektumresektion, Adipositaschirurgische Eingriffe	75	150	150
c. Gruppe III: Ösophagusresektion, Pankreasresektion	-	-	10

- Gemäß § 9 Abs. 1 muss bei jedem Eingriff der Gruppen II und III mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder Assistent mitwirken.
- Für den Bereich der Colonchirurgie ist in allen Kompetenzstufen nachzuweisen, dass über 25% der elektiven, resezierenden Eingriffe in minimal-invasiver Technik ausgeführt werden.
- Der Anteil der adipositaschirurgischen Eingriffe darf maximal 20 % der Gesamtzahl der Eingriffe der Gruppe II betragen, wenn die Summe aller anderen Eingriffsarten dieser Gruppe die jeweilige Mindestzahl unterschreitet.
- Die minimal-invasiven Eingriffe nach Absatz 1 sind durch OPS-Ziffern definiert. Diese finden sich im Anhang im Teil C, Abschnitt VI dieser Ordnung.

§ 37

Qualitätssicherung

- Bei der Erstzertifizierung muss der Antragsteller seine Bereitschaft erklären, an den von der CAMIC festgelegten Qualitätssicherungsverfahren teilzunehmen. Er verpflichtet sich, so schnell wie möglich, die Voraussetzungen zu schaffen, dass die Behandlungs- und Follow-up-Daten in ein Erfassungssystem eingegeben werden können.
- Die CAMIC empfiehlt als Institution zur Datenerfassung das von der DGAV vorgegebene Erfassungssystem StuDoQ.

3. Als erste Tracerdiagnose ist die Sigmadivertikulitis festgelegt. Für die Prozedur der laparoskopischen Sigmaresektion wurde bei StuDoQ ein Datenerfassungssystem geschaffen. Dieses Erfassungssystem muss von allen neu zertifizierten Abteilungen genutzt werden.
4. Weitere Tracerdiagnosen können von der CAMIC bestimmt werden.
5. Qualitätsindikatoren und Referenzwerte werden festgelegt.
6. Eine Rezertifizierung ist nur möglich, wenn die Jahresauswertung des der Rezertifizierung vorangehenden Kalenderjahres mit allen erhobenen Abteilungsdaten vorgelegt werden können.
7. Der Antragsteller erklärt sich mit Antragstellung damit einverstanden, dass unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen die Daten von der SAVC GmbH erfasst und an die DGAV weitergegeben werden dürfen.

§ 38

Eigene Fortbildung

1. Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
2. Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).
3. Es muss ein Übungsraum für laparoskopisches Operieren vorgehalten werden. In diesem müssen als Mindestausstattung vorgehalten werden:
 - a. Pelvitainer
 - b. laparoskopisches Instrumentarium.
4. In diesem Übungsraum werden die Weiterbildungsassistenten mindestens einmal pro Monat von einem der anerkannten Chirurgen in laparoskopischen Techniken ausgebildet.

§ 39

nicht besetzt

§ 40

nicht besetzt

B 3

Chirurgische Erkrankungen des Pankreas

§ 41

Kompetenzstufen der zertifizierten Zentren für chirurgische Erkrankung des Pankreas

1. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Leber-, Gallenwegs- und Pankreaserkrankungen (CALGP) hat für den Bereich der Pankreaserkrankungen Kriterien für Kompetenz-, Referenz- und Exzellenzzentren in der Pankreaschirurgie definiert. Zentren für chirurgische Erkrankungen des Pankreas beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit der chirurgischen Behandlung von benignen und malignen Erkrankungen des Pankreas.

§ 42

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die Anforderungen an die anerkannten Ärzte im Zentrum für chirurgische Erkrankungen des Pankreas sind in den §§ 5 und 6 dieser Ordnung festgelegt.

§ 43

Abteilungsorganisation

1. Es werden regelmäßig Sprechstunden für chirurgische Pankreaserkrankungen abhalten. Im Antrag sind Wochentag und Uhrzeit anzugeben.
2. Alle Patienten werden in einer interdisziplinären Pankreaskonferenz vorgestellt. Teilnehmer dieser Konferenz sind mindestens je ein entscheidungsbefugter Chirurg, Gastroenterologe, Onkologe, Radiologe und Pathologe.
3. Die Entscheidungen werden protokolliert und sind in der Regel bindend.
4. Eine interdisziplinäre spezialisierte Schmerztherapie ist organisiert.

§ 44

Apparative und diagnostische Verfahren

1. Es bestehen die personellen und apparativen Voraussetzungen, die eine umfassende Diagnostik und interventionelle Therapie über 24 Stunden/Tag gewährleisten. Das betrifft computertomografische und/oder kernspintomografische Untersuchungsmöglichkeiten, die diagnostische Angiographie und interventionelle Therapie von Blutungen sowie die Endoskopie des oberen Gastrointestinaltrakts.

2. Eine diagnostische und/oder therapeutische ERCP und Endosonographie muss innerhalb des Zentrums oder durch Assoziation mit anderen Abteilungen/niedergelassenen Fachärzten innerhalb eines Zeitraums von einem Tag möglich sein.

§ 45

Interdisziplinäre Kooperationen

1. Es besteht eine interdisziplinäre Kooperation mit mindestens einem Gastroenterologen in Leitungs- bzw. in Oberarztfunktionen.
2. Eine Intensivmedizinische Abteilung ist vorhanden.
3. Im Haus bzw. über vor Ort befindlichen Praxen ist die onkologische Versorgung gewährleistet.
4. Ein Pathologisches Institut ist entweder im Hause oder als Praxis am Krankenhaus assoziiert. Intraoperative Schnellschnitte sind möglich.
5. Es besteht eine Kooperation zu einer strahlentherapeutischen Abteilung.

§ 46

Eingriffshäufigkeiten

1. Für die chirurgischen Erkrankungen des Pankreas gelten folgende operative Mindestfallzahlen pro Jahr:

Eingriffsart	Kompetenz-zentrum	Referenz-zentrum	Exzellenz-zentrum
a. Pankreaskopfresektionen und totale Pankreatektomien OPS: 5-524.1; 5-524.2; 5-524.3; 5-525.0; 5-525.1; 5-525.2.	25	50	75
b. Pankreaslinks- und Segmentresektionen OPS: 5-524.0; 5.524.4.	5	10	15
c. weitere Eingriffe am Pankreas zur Behandlung der Pankreatitis (akut nekrotisierende Pankreatitis und Pankreaspseudozysten), bei inoperablen malignen Tumoren und Enukleation von benignen Tumoren) OPS: 5-520; 5-521; 5-522; 5-523; 5-527; 5-529.0-m, x; 5-529.n0; 5-512; 5-518.	10	20	30

Eingriffsart	Kompe- tenz- zentrum	Referenz- zentrum	Exzellenz- zentrum
d. interventionelle Therapien (PTC, Abszess- drainagen, Stentung) OPS: 1-553; 3-13c.1; 5-513; 5-514..6 Stelle3; 5-517; 5-526; 5-529.n2-x; 5-529.p0-x; 8-146.2; 8-148.1; 8-146.x; 8-154.3.	60	80	120

- Gemäß § 9 Abs. 1 muss bei jedem Eingriff der Gruppen a. und b. des Abs. 1 mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirken.

§ 47

Qualitätssicherung

- Bei der Erstzertifizierung muss der Antragsteller seine Bereitschaft erklären, an den von der CALGP festgelegten Qualitätssicherungsverfahren teilzunehmen. Er verpflichtet sich, so schnell wie möglich, die Voraussetzungen zu schaffen, dass die Behandlungs- und Follow-up-Daten in ein Erfassungssystem eingegeben werden können. Zur Rezertifizierung müssen diese Daten vorgelegt werden.
- Die CALGP empfiehlt zur Datenerfassung das von der DGAV vorgegebene Erfassungssystem StuDoQ.
- Zur Qualitätssicherung müssen die patientenbezogenen Daten jedes Eingriffs dokumentiert werden.
- Als Qualitätsindikatoren gelten die TV30-Daten.
- Hierfür gilt der Referenzwert von 15 %.

§ 48

Eigene, zertifizierungsbezogene Fortbildung

- Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
- Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

§ 49
nicht besetzt

§ 50
nicht besetzt

B 4

Chirurgische Erkrankungen der Leber

§ 51

Kompetenzstufen der zertifizierten Zentren für chirurgische Erkrankung der Leber

1. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Leber-, Gallenwegs- und Pankreaserkrankungen (CALGP) hat für den Bereich der Lebererkrankungen Kriterien für Kompetenz-, Referenz- und Exzellenzzentren in der Leberchirurgie definiert. Zentren für chirurgische Erkrankungen der Leber beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit der chirurgischen Behandlung von benignen und malignen Erkrankungen der Leber.

§ 52

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die Anforderungen an die anerkannten Ärzte im Zentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber sind in den §§ 5 und 6 dieser Ordnung festgelegt.

§ 53

Abteilungsorganisation

1. Es werden regelmäßig Sprechstunden für chirurgische Erkrankungen der Leber abhalten. Im Antrag sind Wochentag und Uhrzeit anzugeben.
2. Alle Patienten werden in einer interdisziplinären Leberkonferenz vorgestellt. Teilnehmer dieser Konferenz sind mindestens je ein entscheidungsbefugter Chirurg, Gastroenterologe, Onkologe, Radiologe und Pathologe.
3. Die Entscheidungen werden protokolliert und sind in der Regel bindend.
4. Eine interdisziplinäre spezialisierte Schmerztherapie ist organisiert.

§ 54

Apparative und diagnostische Verfahren

1. Es bestehen die personellen und apparativen Voraussetzungen, die eine umfassende Diagnostik und interventionelle Therapie täglich über 24 Stunden gewährleisten. Das betrifft mindestens computertomografische und/oder kernspintomografische Untersuchungsmöglichkeiten und die diagnostische Angiographie.

- Es bestehen die Möglichkeiten der interventionellen Radiologie täglich über 24 Stunden mit Erfahrung in leberspezifischen Interventionen (TACE, PTC, RFA) und der interventionellen Therapie von Blutungen.
- Es besteht die Möglichkeit der intraoperativen Sonographie

§ 55

Interdisziplinäre Kooperationen

- Es besteht eine interdisziplinäre Kooperation mit mindestens zwei Gastroenterologen in Leitungs- bzw. in Oberarztfunktionen.
- Eine Intensivmedizinische Abteilung mit Möglichkeit einer Nierenersatztherapie ist vorhanden.
- Im Haus oder über vor Ort befindlichen Praxen ist die onkologische Versorgung gewährleistet.
- Ein Pathologisches Institut ist entweder im Hause oder als Praxis am Krankenhaus assoziiert. Intraoperative Schnellschnitte sind möglich.
- Kooperation mit einem Zentrum für Lebertransplantationen, wenn nicht im Hause selbst Lebertransplantationen vorgenommen werden.
- Die Kooperationen nach Abs. 3, 4 und 5 sind für den Fall, dass die genannten Institutionen nicht in der gleichen Trägerschaft wie die antragstellende Abteilung organisiert sind, vertraglich zu regeln.

§ 56

Eingriffshäufigkeiten

- Für die chirurgischen Erkrankungen der Leber gelten folgende operative Mindestfallzahlen pro Jahr:

Eingriffsart	Kompetenz-zentrum	Referenz-zentrum	Exzellenz-zentrum
a. Interventionen (ERC, PTC, TACE, PTC, RFA) OPS: 5-513.2, -3, -4, -5 und -a bis -n, 5-514.23, -33, -43, -53, -b3, -c3, -d3, -g3, -h3, -k3, 5-517.*3; 8-836.9a-ka; 8-840.*a; 5-501.50, -53 und -6, 1-64.	50	75	75
b. anatomische Leberresektionen OPS: 5-502	25	50	75
c. davon (b.) Resektionen von 4 und mehr Segmenten OPS: 5-502.1, 5-502.2; 5-502.3; 5-502.6	5	15	30

Eingriffsart	Kompetenz-zentrum	Referenz-zentrum	Exzellenz-zentrum
d. Hepaticusgabelresektionen OPS: z. B. 5-502.3; 5-502.6	-	-	10

- Gemäß § 9 Abs. 1 muss bei jedem Eingriff der Gruppen b. bis d. des Abs. 1 mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirken.

§ 57

Qualitätssicherung

- Bei der Erstzertifizierung muss der Antragsteller seine Bereitschaft erklären, an den von der CALGP festgelegten Qualitätssicherungsverfahren teilzunehmen. Er verpflichtet sich, so schnell wie möglich, die Voraussetzungen zu schaffen, dass die Behandlungs- und Follow-up-Daten in ein Erfassungssystem eingegeben werden können. Zur Rezertifizierung müssen diese Daten vorgelegt werden.
- Die CALGP empfiehlt zur Datenerfassung das von der DGAV vorgegebene Erfassungssystem StuDoQ.
- Zur Qualitätssicherung müssen die patientenbezogenen Daten jedes Eingriffs dokumentiert werden.
- Als Qualitätsindikatoren gelten die TV30-Daten.
- Hierfür gilt der Referenzwert von 15 %.

§ 58

Eigene, zertifizierungsbezogene Fortbildung

- Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
- Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

§ 59
nicht besetzt

§ 60
nicht besetzt

B 5

Adipositas- und metabolische Chirurgie

§ 61

Kompetenzstufen der Adipositas- und metabolischen Chirurgie

1. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositastherapie (CAADIP) hat für ihren Bereich Kriterien für Kompetenz-, Referenz- und Exzellenzzentren definiert.
2. Die allgemeinen Kennzeichen für diese Kompetenzstufen sind in § 2 festgelegt.

§ 62

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die allgemeinen Qualifikationsmerkmale sind in §§ 5 und 6 festgeschrieben.
2. Für die anerkannten Chirurgen in einem Zentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie gelten Kriterien der §§ 5 und 6. In Abänderung zu diesen Bestimmungen gilt, dass auch ein Chirurg, allgemeiner Chirurg oder Allgemeinchirurg ohne die Teilgebietsbezeichnung Viszeralchirurgie oder die Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie als anerkannter Chirurg geführt werden kann, wenn er über zusätzliche spezielle Erfahrungen in der Adipositaschirurgie verfügt. Kriterien dieser speziellen Erfahrungen sind:
 - a. 5 Jahre Tätigkeit in der Adipositas-Chirurgie,
 - b. Persönliche Durchführung von mindestens 100 Adipositas-chirurgischen Eingriffen. Hier können auch Lehrassistenzen angerechnet werden, wenn die Eingriffe als solche ausdrücklich im Operationsbericht gekennzeichnet sind.

§ 63

Abteilungsorganisation

1. Es müssen regelmäßig mindestens einmal pro Woche speziell ausgewiesene Sprechstunden für Adipositas- und metabolische Chirurgie angeboten werden. Im Antrag sind Wochentag(e) und Uhrzeit(en) anzugeben.
2. Im Rahmen der Sprechstunde(n) nach Abs. 1 erfolgen die Indikationsstellung bzw. deren Überprüfung zur operativen Therapie und die Nachsorge für operierte Patienten.

3. Die Arbeitsabläufe zu Indikationsstellung, präoperativer Diagnostik und Vorbereitung, Patienteninformation, Anästhesie, operativen Abläufen, Komplikationsmanagement und Nachsorge sind schriftlich fixiert.
4. Durch Dienstplanregelung ist gesichert, dass ständig mindestens einer der Chirurgen nach § 62 erreichbar ist und ggf. auch Notfalleingriffe durchführen kann.
5. Das Krankenhaus verfügt über eine Intensivstation, die mit der Behandlung viszeralchirurgischer Krankheitsbilder vertraut ist.

§ 64

Ausstattung

1. Mindestens ein Operationstisch hat eine Tragfähigkeit von mindestens 225 kg.
2. Es wird eine vollständige laparoskopische Einheit vorgehalten.
3. Es werden Instrumente und Materialien (Retraktoren, Trokare etc.) vorgehalten, die den Bedürfnissen der Adipositaschirurgie angepasst sind.
4. Die Ausstattung des Krankenhauses ist den Anforderungen adipöser Patienten angepasst und umfasst mindestens Spezialbetten, Spezialstühle, Untersuchungsliegen bis 200 kg, Spezialwaage, Rollstuhl mit einer Tragfähigkeit von bis zu 200 kg, barrierefreie Duschen, Nachthemden und Unterwäsche in Spezialgröße.

§ 65

Interdisziplinäre Kooperationen

1. Es bestehen innerhalb des Krankenhauses Kooperationsvereinbarungen mit der(n) Abteilung(en) für Innere Medizin, der Laboratoriumsmedizin, der Radiologie, die 24 Stunden verfügbar ist, der interventionellen Endoskopie, der Intensivmedizin (Intensivstation) und der Physiotherapie.
2. Es besteht eine Kooperationsvereinbarung mit einer Ernährungsberatung und einem Psychologen bzw. Psychosomatiker.
3. Es besteht der Zugang zu konservativen Behandlungsprogrammen (Optifast / MOBILIS etc.).
4. Es besteht Zusammenarbeit mit einer Selbsthilfe-Gruppe.

- Die Kooperationen nach Abs. 1., 2. und 3. sind für den Fall, dass die genannten Institutionen nicht in der gleichen Trägerschaft wie die antragstellende Abteilung organisiert sind, vertraglich zu regeln.

§ 66 Eingriffshäufigkeiten

- Folgende Mindesteingriffszahlen müssen jeweils in beiden Referenzjahren nachgewiesen werden:

Eingriffsart	Kompetenz-zentrum	Referenz-zentrum	Exzellenz-zentrum
a. Gastric Banding OPS: 5-448.c0-3			
b. Magenbypass OPS: 5-445.41, 5-445.51, 5-445.4			
c. Sleeve Gastrectomy OPS: 5-434.51			
d. BPD OPS: 5-434.31			
e. BPD-DS OPS: 5-434.41, 5-434.61			
f. Revisionsoperationen (ohne Portkorrekturen) OPS: 5-448.e2, 5-448.d2, 5-448.d0, 5-447.6-7, 5-467.5, 5-439, 5-445.30-31			
g. Redoeingriffe OPS: 5-447.6, 5-445.41, 5-445.51, 5-445.4, 5-434.31, 5-434.41, 5-434.61			
h. Andere Eingriffe am Magen mit metabolischer Indikation (Magenschrittmacher/Gastroplikatur) OPS: 5-449.n, 5-448.x2			
Summen a. bis h	50	100	200

- Von den Operationsarten 1a bis 1h müssen im Kompetenzzentrum mindestens zwei, im Referenz- und Exzellenzzentrum mehr als zwei Formen vorgenommen worden sein.
- Gemäß § 9, Abs. 1 muss bei jedem Eingriff nach Abs. 1 dieses Paragraphen mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirken.

§ 67

Qualitätssicherung

1. Zur Qualitätssicherung muss eine möglichst lückenlose Dokumentation aller Adipositas-Operationen und Wiederholungseingriffe erfolgen. Die Nachsorgedokumentation soll mindestens 75 % der operierten Patienten erreichen.
2. Alle adipositaschirurgischen Eingriffe und die Daten der Nachuntersuchungen müssen in den Datenbanken der CAADIP erfasst werden. Hierzu stehen die Register bei StuDoQ und beim An-Institut Magdeburg zur Verfügung.
3. Bei der Rezertifizierung beziehen sich die in § 66 genannten Mindestmengen ausschließlich auf die vollständig in das Dokumentationssystem für die Qualitätssicherung eingegebenen Eingriffe.
4. Als Qualitätsindikator für alle Eingriffe nach § 66 Abs. 1, Buchstabe a. bis g. wird der TV30-Faktor eingesetzt. Zu jedem Todesfall ist eine ausführliche Dokumentation anzulegen, die beim Audit auf Verlangen vorgelegt werden muss.
5. Referenzwert: Der TV30-Faktor darf 15 % der Zahl der operierten Patienten nicht übersteigen.

§ 68

Eigene, zertifizierungsbezogene Fortbildung

1. Zur Fortbildung der abteilungseigenen Mitarbeiter muss Zugang zu aktueller Literatur (mindestens: Obesity Surgery, Obesity Facts, SOARD oder Adipositas) bestehen.
2. Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
3. Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

§ 69

nicht besetzt

§ 70

nicht besetzt

B 6

Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie, Endokrine Chirurgie

§ 71

Kompetenzstufen in der Schilddrüsen-/Nebenschilddrüsen- chirurgie und der Endokrinen Chirurgie

1. Für den Bereich der Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie sind ein Kompetenz- und ein Referenzzentrum definiert.
2. Für den Bereich Endokrine Chirurgie sind ein Referenz- und ein Exzellenzzentrum definiert.
3. Zertifizierte Zentren für Schilddrüsen-/Nebenschilddrüsenchirurgie erkennen und behandeln benigne und maligne Erkrankungen der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen. Die Diagnostik und Therapie der anerkannten Erkrankungen schließt Fehlbildungen, Funktionsstörungen und Folgezustände nach Verletzungen und vorangegangenen Operationen ein. Die Therapie beinhaltet den operativen und nicht-operativen Bereich.
4. Referenz- und Exzellenzzentren für Endokrine Chirurgie erkennen und behandeln benigne und maligne Erkrankungen der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen sowie die neuroendokrinen Tumoren und Erkrankungen im Abdomen und Retroperitoneum einschließlich der Nebennieren und Paraganglien. Die Diagnostik und Therapie der anerkannten Erkrankungen schließt Fehlbildungen, Funktionsstörungen und Folgezustände nach Verletzungen und vorangegangenen Operationen mit ein. Die Therapie beinhaltet den operativen und nicht-operativen Bereich. (vgl. auch § 2 – Stufen der Zertifizierung und deren Kennzeichen)

§ 72

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die Qualifikationsmerkmale für die anerkannten Ärzte in Zentren für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie sowie der endokrinen Chirurgie sind in den §§ 5 und 6 dieser Ordnung festgelegt.
2. Liegt weder der Nachweis der Kompetenz des Arztes für Viszeralchirurgie in Verbindung mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Viszeralchirurgie“ noch eine Qualifikation nach EBSQ vor, muss der Antragsteller seine Expertise auf endokrinologisch-chirurgischem Gebiet durch Vorlage entsprechender Dokumente nachweisen (Zeugnisse, Operationskataloge, Aus- und Fortbildungsnachweise). Dabei gelten als Mindestvoraussetzungen, dass sich der

betreffende Chirurg mindestens fünf Jahre lang schwerpunktmäßig mit der Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie befasst hat und mindestens 250 Eingriffe auf diesem Gebiet höchstpersönlich vorgenommen hat.

3. Die Ausnahmeregelungen nach § 6 Abs. 3 und § 72 Abs. 2 können ausschließlich auf anerkannte Chirurgen in Zentren für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsen angewendet werden. In Zentren der endokrinen Chirurgie müssen alle anerkannten Chirurgen entweder die Gebietsbezeichnung Viszeralchirurgie in Verbindung mit der Zusatzbezeichnung spezielle Viszeralchirurgie oder die EBSQ-Qualifikation nachweisen können. Die allgemeinen Qualifikationsmerkmale sind in §§ 5 und 6 festgeschrieben.

§ 73

Abteilungsorganisation

1. Es werden regelmäßig, mindestens einmal pro Woche Sprechstunden für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenenerkrankungen bzw. endokrine Erkrankungen angeboten.
2. Im Antrag sind Wochentag und Uhrzeit dieser Sprechstunden anzugeben.

§ 74

Apparative und diagnostische Verfahren

1. Im Kompetenzzentrum für Schilddrüsen-/Nebenschilddrüsenchirurgie müssen perkutane Ultraschalluntersuchungsverfahren und intraoperatives Neuromonitoring zur Verfügung stehen.
2. Im Referenzzentrum für Schilddrüsen-/Nebenschilddrüsenchirurgie muss zusätzlich zu den Verfahren nach § 74 Abs. 1 eine intraoperative Parathormonschnellbestimmung möglich sein.
3. Im Referenzzentrum für endokrine Chirurgie muss zu den in Abs. 2 genannten Verfahren die Möglichkeit zur Anwendung einer intraoperativen Ultraschalluntersuchung bestehen.
4. Die minimal-invasive Technik gehört bei anerkannten Chirurgen in Zentren für endokrine Chirurgie bei Eingriffen an der Nebenniere zum Standardrepertoire.
5. Die postoperative Laryngoskopie beim wachen und kooperationsfähigen Patienten ist obligater Bestandteil jedes Eingriffs an Schilddrüse und Nebenschilddrüse.

§ 75

Kooperationen

1. Es besteht eine interdisziplinäre Kooperation mit folgenden Fachabteilungen: Innere Medizin/Endokrinologie, Nuklearmedizin, HNO, Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Labormedizin und Pathologie.
2. Soweit diese Einrichtungen nicht im Krankenhaus vorgehalten werden, besteht ein Kooperationsvertrag.

§ 76

Eingriffshäufigkeiten

1. In den Kompetenz- und Referenzzentren für Schilddrüsen-/ Nebenschilddrüsenchirurgie müssen folgende Mindestzahlen operativer Eingriffe jeweils für beide Referenzjahre nachgewiesen werden:

Eingriffsart	Kompetenz-zentrum	Referenz-zentrum	Exzellenz-zentrum
a. Operation bei Knotenstruma OPS: 5-061.0; 5-061.2; 5-062.1; 5-062.4-8; 5-063.0; 5-063.2; 5-064.1-3	120	120	-
b. Operation bei Morbus Basedow OPS: 5-062.5; 5-062.8; 5-063.0; 5-063.2	10	10	-
c. Wiederholungseingriffe bei benigner Struma, Schilddrüsenkarzinom oder HPT 5-062.6, 5-063.4, 5-983 und weitere	15	20	-
d. Operation bei Schilddrüsenmalignom OPS: 5-063.0; 5-063.2; 5-063.4; 5-403.01-06	15	20	-
e. Systematische Mikrodissektion der zervikolateralen Lymphknotenkompartimente (K2 rechts; K3 links)	0	5	-
f. Operation bei Hyperparathyreoidismus OPS: 5-066.0-1; 5-067.0-1; 5-077.3	5	25	-

2. In Referenz- und Exzellenzzentren für endokrine Chirurgie müssen folgende Eingriffshäufigkeiten nachgewiesen werden:

Eingriffsart	Kompetenz-zentrum	Referenz-zentrum	Exzellenz-zentrum
a. Operation bei Knotenstruma OPS: 5-061.0; 5-061.2; 5-062.1; 5-062.4-8; 5-063.0; 5-063.2; 5-064.1-3	-	120	200
b. Operation bei Morbus Basedow OPS: 5-062.5; 5-062.8; 5-063.0; 5-063.2	-	10	20

Eingriffsart	Kompe- tenz- zentrum	Referenz- zentrum	Exzellenz- zentrum
c. Wiederholungseingriffe bei benigner Struma, Schilddrüsenkarzinom oder HPT 5-062.6, 5-063.4, 5-983 und weitere	-	20	25
d. Operation bei Schilddrüsenmalignom OPS: 5-063.0; 5-063.2; 5-063.4; 5-403.01-06	-	20	40
e. Systematische Mikrodissektion der zervikolateralen Lymphknotenkompartimente (K2 rechts; K3 links)	-	5	10
f. Operation bei Hyperparathyreoidismus OPS: 5-066.0-1; 5-067.0-1; 5-077.3	-	25	40
g. Operation bei Nebennierentumor oder Paragangliom OPS: 5-072.0-2; 5-071.0; 5-071.4	-	10	20
h. Operation bei Tumoren des gastro-entero-pankreatischen Systems OPS: keine Festlegung erfolgt	-	5	20

3. Gemäß § 9 Abs. 1 muss bei jedem Eingriff der unter 1. und 2. genannten Operationen mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirken.

§ 77

Qualitätssicherung

1. Als Tracerdiagnose ist die Knotenstruma anerkannt. Ggf. können weitere Diagnosen oder Prozeduren ergänzt werden.
2. Qualitätsindikatoren sind bei den nach Abs. 1 anerkannten Diagnosen jeweils die passageren und permanenten Formen der Recurrensparese, jeweils bezogen auf den Nerv der operierten Seite („nerv at risk“) und die revisionspflichtige Nachblutung.
3. Die Referenzwerte der in Absatz 2 genannten Indikatoren sind für die Recurrensparesen bei Klinikentlassung < 5 %. Der Anteil der Paresen in % nach 6 – 12 Monaten von den Patienten, die bei Klinikentlassung eine Recurrensparese aufwiesen, darf 50 % nicht übersteigen. Der Anteil der revisionspflichtigen Nachblutungen muss unter 2 % liegen.

§ 78

Eigene, zertifizierungsbezogene Fortbildung

1. Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
2. Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

§ 79

nicht besetzt

§ 80

nicht besetzt

B 7

Chirurgie des Magens und der Speiseröhre

§ 81

Kompetenzstufen in der Chirurgie des Magens und der Speiseröhre

1. Ein Kompetenz-, Referenz- und Exzellenzzentrum der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft des oberen Gastrointestinaltraktes beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der chirurgischen Behandlung von benignen und malignen Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens.

§ 82

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die Anforderungen an die anerkannten Ärzte in Zentren für die Chirurgie des Magens und der Speiseröhre sind in §§ 5 und 6 dieser Ordnung festgelegt.

§ 83

Abteilungsorganisation

1. Es werden regelmäßig mindestens einmal pro Woche Sprechstunden für chirurgische Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes abgehalten. Im Antrag sind die Wochentage und die Uhrzeiten anzugeben.

§ 84

Apparative Voraussetzungen

1. Die apparativen Voraussetzungen gewährleisten täglich zu jeder Uhrzeit uneingeschränkt eine umfassende Diagnostik und interventionelle Therapiemöglichkeit. Diese beinhalten mindestens computertomografische und/oder kernspintomografische Untersuchungsmöglichkeiten, die diagnostische Angiographie und interventionelle Endoskopie von Blutungen, Perforationen und Insuffizienzen im Bereich des oberen Gastrointestinaltrakts.

§ 85

Kooperationen

1. Es besteht eine interdisziplinäre Kooperation mit mindestens einem Gastroenterologen in Leitungs- bzw. Oberarztfunktion.

2. Wird die endoskopische Diagnostik und Therapie nicht vom Chirurgen selbst durchgeführt, so muss ein internistischer Partner im gleichen Krankenhaus anerkannt werden.
3. Eine Intensivmedizinische Abteilung ist vorhanden.
4. Im Haus bzw. über vor Ort befindlichen Praxen ist die onkologische Versorgung gewährleistet.
5. Ein Pathologisches Institut ist entweder im Hause oder als Praxis am Krankenhaus assoziiert. Intraoperative Schnellschnitte sind möglich.
6. Es besteht eine enge Kooperation zu einer strahlentherapeutischen Abteilung.
7. Alle Patienten mit einer malignen Erkrankung werden in einer interdisziplinären Tumorsprechstunde (Tumorboard) vorgestellt. Die Entscheidungen werden protokolliert und sind bindend.
8. Eine interdisziplinäre, spezialisierte Schmerztherapie ist organisiert und ist in einem Pathway dokumentiert.

§ 86

Eingriffshäufigkeiten

1. Folgende Mindestfallzahlen an endoskopischen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen bzw. diagnostischen Maßnahmen müssen pro Jahr nachgewiesen werden:

Untersuchung/Behandlung/Diagnostik	Kompetenz-zentrum	Referenz-zentrum	Exzellenz-zentrum
a. Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	100	150	150
b. Endosonographie	35	70	70
c. Stentimplantation	5	10	10
d. Endoskopische Resektion	-	+	+
e. Manometrie	-	+	+
f. pH-Metrie	-	+	+
g. Impedanzmessung	-	+	+
h. Bilimetrie	-	+	+

2. Folgende Mindestfallzahlen an Operationen müssen pro Jahr nachgewiesen werden:

Operationen	Kompe- tenz- zentrum	Referenz- zentrum	Exzellenz- zentrum
a. Ösophagusresektionen bei Malignom	15	25	≥ 35
b. Sonstige Eingriffe am Ösophagus	5	10	10
c. Magenresektion oder Gastrektomie bei malignem Tumor	15	25	≥ 35
d. Sonstige Eingriffe am Magen	5	10	10
Summen von a. und c.	≥ 35	≥ 50	≥ 100

3. Gemäß § 9 Abs. 1 muss bei jedem Eingriff der unter 2.a. und 2. c. genannten Operationen mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirken.

§ 87

Qualitätssicherung

- Es werden bei allen in § 86 genannten Eingriffen die nachfolgend genannten Qualitätskriterien erfasst:
 - Letalität - definiert als 90-Tage-Letalität
 - Morbidität - definiert als Komplikationen (Anastomosen-insuffizienzen, Pneumonien, Nachblutungen, Sepsis)
 - Reoperationshäufigkeit
 - Reinterventionshäufigkeit
- Tracerdiagnosen sind die onkologische thorako-abdominale Ösophagektomie und die onkologische Gastrektomie.
- Für die in § 85.2 aufgeführten Tracerdiagnosen gelten folgende Qualitätsindikatoren und Referenzwerte:
 - R0-Rate - Referenzwert: > 80 %
 - Anzahl der entfernten Lymphknoten - Referenzwert: ≥ 25
 - Anteil der operierten Patienten, deren stationärer Aufenthalt mit Tod endet und deren stationärer Aufenthalt länger als 30 Tage nach der Operation dauert. Referenzwert: < 15 %

4. Es müssen patienten- und risikoadjustierte Daten anhand des vorgegebenen Datenerfassungssystem bei StuDoQ erhoben werden, sobald dieses eingerichtet ist.

§ 88

Eigene, zertifizierungsbezogene Fortbildung

1. Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
2. Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

§ 89

nicht besetzt

§ 90

nicht besetzt

B 8 Endoskopie

Die diagnostische und therapeutische endoluminale Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems stellt eine zunehmend bedeutsame Basismaßnahme bei Erkrankungen des Aerodigestivsystems dar. Durch ihre zentrale Bedeutung ist sie unverzichtbarer Bestandteil chirurgischer Tätigkeit an diesen Organsystemen. Dies schlägt sich in den Weiterbildungsrichtlinien zum Viszeralchirurgen bzw. zum Thoraxchirurgen nieder.

§ 91

Definition der Kompetenzstufen

1. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Endoskopie und Sonographie hat in Analogie zu den Regelungen des § 2 die Kompetenzstufen „Kompetenzzentrum“, „Referenzzentrum“ und „Exzellenzzentrum“ definiert.
2. Die Kompetenzstufen unterscheiden sich hinsichtlich der Qualifikationsmerkmale (vgl. § 92) der leitenden Ärzte der Endoskopieeinrichtung, ihrer Ausstattung (vgl. § 94) und ihres Tätigkeitsspektrums (vgl. § 96).

§ 92

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Im Unterschied zu den Anforderungen der §§ 5 bis 7 werden nachfolgend die Anforderungen für die anerkannten Ärzte im Endoskopiebereich festgelegt:
2. Im Kompetenzzentrum hat der leitende Arzt folgende Qualifikationsmerkmale:
 - a. Facharztbezeichnung „Chirurg“ oder „Viszeralchirurg“
 - b. 1000 Untersuchungen
 - c. 250 Interventionen
3. Im Referenzzentrum hat der leitende Arzt folgende Qualifikationsmerkmale:
 - a. Facharztbezeichnung „Chirurg“ oder „Viszeralchirurg“
 - b. 2500 Untersuchungen
 - c. 500 Interventionen

4. Im Exzellenzzentrum hat der leitende Arzt folgende Qualifikationsmerkmale:
 - a. Tätigkeit als klinischer Oberarzt (ganztags Endoskopie)
 - b. 4000 Untersuchungen
 - c. 1000 Interventionen
 - d. klinische Hospitation in anderen Endoskopiezentren von mehr als 2 Wochen.

§ 93

Abteilungsorganisation

1. In einer Endoskopieabteilung unter chirurgischer Leitung und einer interdisziplinären Einrichtung mit chirurgischer Beteiligung muss
 - a. der leitende Chirurg die Qualifikationskriterien nach § 92 erfüllen,
 - b. eine ständige Rotation von chirurgischen Weiterbildungsassistenten in die Endoskopie bestehen.
 - c. *Die im Bundesgesundheitsblatt 2012 publizierten „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ der KRINKO und des BfArM (insbesondere Anlage 3 und 8 zur „Inbetriebnahme und Betrieb von RDG-E“ sowie die „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums“) müssen vollumfänglich umgesetzt sein.*

§ 94

Apparative und diagnostische Verfahren

1. Ein Kompetenzzentrum verfügt über definierte Endoskopieräume, die den Anforderungen der S3-Leitlinie genügen und über eine maschinelle Aufbereitungsanlage für Endoskope und Instrumente verfügen. Die Ausstattung muss die leitliniengerechte Analgosedierung in der gastro-intestinalen Endoskopie ermöglichen.
2. Ein Referenzzentrum verfügt über die Ausstattung nach Abs. 1 und über eine EDV-Dokumentation für Befunde, Bilder und Videos sowie eine(n) eigenes Endoskopie-Pflegepersonal.
3. Ein Exzellenzzentrum verfügt über die Ausstattung nach Abs. 1 und 2 und über einen 24-Std.-Endoskopie-Bereitschaftsdienst für den ärztlichen und den pflegerischen Dienst.

§ 95

Nicht besetzt

§ 96

Eingriffshäufigkeiten

1. Folgende Mindestfallzahlen an Endoskopien und Interventionen müssen pro Jahr nachgewiesen werden. Als Interventionen gelten dabei alle Maßnahmen der interventionellen Endoskopie.

Eingriffsart	Kompe- tenz- zentrum	Referenz- zentrum	Exzellenz- zentrum
a. Endoluminale Endoskopien	600	1500	4000
b. Interventionen	150	350	500

2. Die endoskopischen Maßnahmen nach Abs. 1 sind durch OPS-Ziffern definiert. Diese sind im Anhang im Teil C, Abschnitt VII aufgelistet.

§ 97

Qualitätssicherung

1. Die Definition von Qualitätskriterien für Endoskopieeinrichtungen ist derzeit in Bearbeitung

§ 98

Eigene, zertifizierungsbezogene Fortbildung

1. Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
2. Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

§ 99

nicht besetzt

§ 100

nicht besetzt

B 9

Chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums

§ 101

Definition der Kompetenzstufen

1. Die der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Onkologie CAO-V zugeordnete Organgruppe Peritoneum hat für ihren Bereich Kriterien für ein Kompetenz- und ein Referenzzentrum für die „Chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums“ definiert. Diese Zentren beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit der chirurgischen Behandlung von malignen Erkrankungen des Peritoneums.

§ 102

Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die Qualifikationsmerkmale der Ärzte in einem zertifizierten Zentrum für chirurgische Erkrankungen des Peritoneums entsprechen den Anforderungen, die in den §§ 5 und 6 dieser Ordnung festgelegt sind. Die anerkannten Viszeralchirurgen müssen eine Erfahrung mit der multimodalen Therapie der Peritonealkarzinose von mindestens zwei Jahren nachweisen können.
2. Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglieder der DGAV, der CAO-V und der Organgruppe „Peritoneum“ sein. Sie müssen sich an den Aktivitäten der Gruppe beteiligen.

§ 103

Abteilungsorganisation

1. Es werden regelmäßig Sprechstunden für Patienten mit peritonealen Erkrankungen abhalten. Im Antrag sind Wochentag und Uhrzeit anzugeben.
2. Alle Patienten werden prä- und posttherapeutisch in einem interdisziplinären Board vorgestellt. Teilnehmer dieses Bords sind mindestens je ein entscheidungsbefugter Chirurg, Gastroenterologe, Onkologe und Radiologe. Die Entscheidungen werden protokolliert.
3. Eine interdisziplinäre spezialisierte Schmerztherapie ist organisiert.

§ 104

Apparative und diagnostische Verfahren

1. Es bestehen die personellen und apparativen Voraussetzungen, die eine umfassende Diagnostik und interventionelle Therapie täglich über 24 Stunden gewährleisten. Dies bedeutet die Durchführung einer Computertomografie, einer Kernspintomografie sowie die Anlage einer CT gesteuerten perkutanen Drainage.
2. Es besteht die Möglichkeit der intraoperativen hyperthermen intraperitonealen Chemotherapie (HIPEC).
3. Eine für die Durchführung der HIPEC geeignete Pumpe vorhanden.

§ 105

Kooperationen

1. Es besteht eine interdisziplinäre Kooperation mit Gastroenterologen, Gynäkologen und internistische Onkologen in Leitungs- bzw. in Oberarztfunktionen.
2. Eine Intensivmedizinische Abteilung mit Möglichkeit einer Nierenersatztherapie ist vorhanden.
3. Im Haus oder über vor Ort befindlichen Praxen ist die onkologische Versorgung gewährleistet. Bei nicht in gleicher Trägerschaft befindlichen Institutionen muss durch eine Kooperationsvereinbarung sichergestellt sein, dass die Belange der Chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums stets im Sinne dieser Bestimmungen gewährleistet sind.
4. Für den Fall, dass im Hause kein Pathologisches Institut vorgehalten wird, besteht ein Kooperationsvertrag mit dem Pathologischen Institut eines Nachbarkrankenhauses oder einer niedergelassenen Praxis. Intraoperative Schnellschnitte sind möglich.

§ 106

Mindestfallzahlen

1. Im Kompetenzzentrum müssen jährlich mindestens 15 parietale und viszerale Peritonektomien mit HIPEC vorgenommen werden. (OPS 8-546.0)
2. Im Referenzzentrum müssen jährlich mindestens 30 parietale und viszerale Peritonektomien mit HIPEC vorgenommen werden. (OPS 8-546.0)
3. Jährlich müssen im Kompetenzzentrum mindestens 50, im Referenzzentrum mindestens 75 Patienten mit einer Peritonealkarzinose interdisziplinär

evaluiert werden. Entsprechend müssen 50 bzw. 75 Protokolle des Boards nach § 103.2 vorgelegt werden können.

4. Gemäß § 9 Abs. 1 dieser Ordnung muss bei jedem Eingriff der unter Abs. 1 und 2 genannten Operationen mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirken.

§ 107

Qualitätssicherung

1. Die Daten aller operierten Patienten müssen nach den Vorgaben des HIPEC-Registers der DGAV-StuDoQ erfasst werden. Die Dateneingabe muss unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen in das Register erfolgen.
2. Als Qualitätsindikatoren werden der TV30-Faktor und die Revisionsrate durch Laparotomie festgelegt.
3. Als Referenzwerte werden für den TV30-Faktor 15 % und für die Revisionsrate 15 % der operierten Patienten festgelegt.
4. Das Follow Up muss mindestens 80 % der operierten Patienten erfassen.

§ 108

Eigene, zertifizierungsbezogene Fortbildung

1. Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.
2. Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

§ 109

nicht besetzt

§ 110

nicht besetzt

B 10 Hernienchirurgie

§ 111 Kompetenzstufen in der Hernienchirurgie

1. Die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Hernien (CAH) und die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) haben für ihren Bereich Kriterien für Kompetenz- und Referenzzentren definiert.

§ 112 Qualifikationsmerkmale der Ärzte

1. Die Anforderungen an die anerkannten Ärzte in Zentren für Hernienchirurgie werden in Abänderung des § 6 dieser Ordnung wie folgt modifiziert:
 - a. Im Kompetenzzentrum sind mindestens zwei, im Referenzzentrum mindestens drei Chirurgen mit der Gebietsbezeichnung „Viszeralchirurg“ oder einer gleichwertigen Qualifikation tätig.
 - b. Als gleichwertige Qualifikation im Sinne des Buchstabens a. dieses Absatzes wird das Vorliegen der Facharztanerkennung „Chirurgie“, „Allgemeine Chirurgie“ oder „Allgemeinchirurgie“ in Verbindung mit der Erfahrung von 500 höchstpersönlich durchgeführten Hernienoperationen des betreffenden Chirurgen festgelegt. Hier können auch Lehrassistenten angerechnet werden, wenn die Eingriffe als solche ausdrücklich im Operationsbericht gekennzeichnet sind.

§ 113 Abteilungsorganisation

1. Es müssen regelmäßig mindestens einmal pro Woche speziell ausgewiesene Sprechstunden für Patienten mit Hernien angeboten werden.
2. Im Antrag sind Wochentag(e) und Uhrzeit(en) anzugeben.
3. Es muss die Möglichkeit des ambulanten Operierens vorgehalten werden.
4. Ein Behandlungspfad für die postoperative Schmerzbehandlung muss vorliegen. Dieser muss mindestens enthalten, dass bei jedem stationär behandelten Patienten die Schmerzintensität, skaliert nach der subjektiven Schmerzempfindung, erfasst und im Krankenblatt dokumentiert werden muss. Die Messungen müssen mindestens einmal pro Tag beginnend am Operationstag bis zum Entlassungstag vorgenommen werden.

5. Zertifizierte Zentren müssen mindesten einmal im Monat eine Morbiditätskonferenz abhalten. Die Ergebnisse und die Namen der Teilnehmer sind zu protokollieren.

§ 114

Apparative und diagnostische Verfahren

1. Es muss die Möglichkeit zur Ultraschalluntersuchung vorgehalten werden. Die Untersuchungsergebnisse müssen befundet und dokumentiert werden. Die Kompetenz für die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen muss nachgewiesen werden.
2. Die Kompetenz für die Untersuchungen nach Abs. 1 gilt als nachgewiesen, wenn mindestens ein Arzt im Zentrum oder einer anderen Institution, mit der für diese Untersuchungen eine Kooperationsvereinbarung zu treffen ist, über den Nachweis der DEGUM-Stufe 1 (Ultraschalldiagnostik mit Schwerpunkt Abdomen und Retroperitoneum) verfügt.
3. Es müssen alle apparativen Möglichkeiten zur offenen und laparoskopischen Bauchdeckenrekonstruktion vorgehalten werden.

§ 115

Kooperationen

1. Niedergelassene Chirurgen können mit ihren Praxen in einem Kooperationsverbund mit einer Krankenhausabteilung zertifiziert werden. Die Einzelheiten sind in der Kooperationsvereinbarung zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen für die Hernienchirurgie zum Zwecke der Zertifizierung im System der DGAV/DHG (vgl. Anlage) festgelegt.
2. Referenzzentren müssen eine Kooperationsvereinbarung mit einem plastischen Chirurgen abschließen, sofern dieser in einer Institution eines anderen Trägers tätig ist.

§ 116

Eingriffshäufigkeiten

1. Für die Hernienchirurgie gelten folgende Mindestzahlen pro Jahr:

Eingriffsart	Kompetenz-zentrum	Referenz-zentrum
a. Gesamtzahl der operierten Hernien (OPS: 5-53*.*)	200	250

Eingriffsart	Kompe- tenz- zentrum	Referenz- zentrum
b. davon (a.) Narbenhernien (OPS: 5-536.*)	30	50
c. davon (a.) komplexe Hernien (z. B. Parastomale Hernien, Komponentenseparation u. a.)	0	5
d. davon (a.) Zwerchfellhernien (OPS: 5-538.*)	0	5

- Im Referenzzentrum müssen die Standardverfahren der laparoskopisch/endoskopischen und der offenen Reparationstechniken vorgehalten und deren Einsatz dokumentiert werden. Diese Aufstellung ist dem Auditor vorzulegen.
- Gemäß § 9 Abs. 1 muss bei jedem Eingriff der unter Abs. 1 b – c dieses Paragraphen genannten Operationen mindestens einer der anerkannten Chirurgen als Operateur oder als Assistent mitwirken.

§ 117

Qualitätssicherung

- Zur Erstzertifizierung muss der Antragsteller über ein Gütesiegel der Deutschen Herniengesellschaft verfügen.
- Alle Hernieneingriffe bei Erwachsenen (≥ 18 Jahre) müssen ohne Ausnahme im Register Herniamed erfasst werden. Die zu zertifizierende Klinik muss auch für jedes der vergangenen drei Jahre eine Liste vorlegen, in der alle wegen einer Hernie operierten Patienten erfasst sind. Diese Liste muss vom Controlling abgezeichnet sein. In dieser Liste müssen zusätzlich diejenigen Patienten, die einer Erfassung ihrer Daten widersprochen haben, und diejenigen, über die trotz Bemühungen keine weiteren Daten erfasst werden konnten, kenntlich gemacht sein.
- Bei einer Erstzertifizierung gilt diese Erfassungspflicht für den Zeitraum vom Erwerb des Gütesiegels bis zur Antragsstellung, mindestens aber für 15 Monate.
- Bei einer Rezertifizierung gilt die Erfassungspflicht nach Abs. 2 für jedes der vergangenen drei Jahre.

5. Es muss der Nachweis erbracht werden, dass Nachuntersuchungen nach einem Jahr post Op. stattgefunden haben. Diese müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten erfolgt sein.
6. Als Qualitätsindikatoren sind festgelegt:
 - a. Rate der Reoperationen innerhalb der ersten 30 Tage nach Ersteingriff.
 - b. Anzahl der Nachkontrollen/Jahr
7. Die Zentren müssen von mindestens 60 % der operierten Patienten innerhalb des ersten Jahres die geforderten Nachsorgedaten in das Register eingeben.
8. Referenzwerte für Komplikationen und Reoperationen.

Komplikation	Häufigkeit
a. Gesamtkomplikationen bei Leistenhernie ¹	< 5 %
b. Reoperationsrate bei Leistenhernie innerhalb von 30 Tagen post Op..	< 2 %
Reoperationsrate bei Narbenhernie innerhalb von 30 Tagen post Op.	< 10 %
c. Infektionsrate/Revisionsrate bei Narbenhernie nach laparoskopischer Operation	< 3 %
d. Infektionsrate/Revisionsrate bei Narbenhernie nach offener Operation	< 10 %

9. Es muss eine Liste derjenigen Patienten mit beidseitigen Leistenhernien geführt werden, die simultan operiert worden sind. In gleicher Weise ist eine Liste mit den wegen einer Rezidivhernie operierten Patienten zu führen. Dabei müssen die eingeschlagenen Operationsverfahren aufgeschlüsselt werden. Beim Audit ist ggf. das jeweilige Vorgehen zu begründen.

§ 118

Eigene, zertifizierungsbezogene Fortbildung

1. Jeder der anerkannten Chirurgen muss jährlich an von der Arbeitsgemeinschaft festgelegten Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Diese werden für jedes Jahr neu bestimmt und auf ihrer Webseite im Rahmen des DGAV-Internetauftritts veröffentlicht.

¹ Unter Komplikation wird jede postoperativ in den ersten vier Wochen notwendige Revision oder Intervention im Bereich des Operationsgebietes verstanden

2. Dabei müssen pro Jahr mindestens 16 Fortbildungspunkte erworben werden (vgl. auch § 5 Abs. 3 – insbesondere zur Bewertung ausländischer Veranstaltungen).

§ 119

Wissenschaftliche Aktivitäten

1. Für zertifizierte Referenzzentren der Hernienchirurgie gilt in Ergänzung des § 2, dass jährlich mindestens zwei Vorträge oder Poster auf DHG-unterstützten oder internationalen Hernienkongressen oder eine Publikation in einem Peer-reviewed-Journal vorzuweisen sind.

Teil C Anhang

Teil C - Anhänge

I.	Gebührenordnung	67
II.	Antragsformulare	69
	Chirurgische Koloproktologie	71
	Minimal-Invasive Chirurgie	79
	Chirurgische Erkrankungen des Pankreas	87
	Chirurgische Erkrankungen der Leber	95
	Adipositas- und metabolische Chirurgie	103
	Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie (K-SD/NSD)	113
	Endokrine Chirurgie (K-EC)	121
	Chirurgie des Magens und der Speiseröhre	129
	Chirurgische Endoskopie	139
	Chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums	145
	Hernienchirurgie	153
	Anlage für erweiterte Angaben	161
III.	Zertifikate für zertifizierte Einrichtungen	167
IV.	Zertifikate für Kooperationspartner zertifizierter Einrichtungen	179
V.	Urkunde für anerkannte Chirurgen	183
VI.	Liste der Codes für die minimal-invasiven Eingriffe (lt. §36)	187
VII.	Liste der Codes für die Endoskopie (lt. § 96)	193
VIII.	Kooperationsvertrag mit ambulanten Einrichtungen für die Hernienchirurgie	199
IX.	Kontakt	203

I. Gebührenordnung

1. Antragsgebühren für Erst- und Rezertifizierung eines Kompetenzzentrums (§ 5.1)	5.000,00 €
2. Antragsgebühren für Erst- und Rezertifizierung eines Referenzzentrums (§ 5.1)	6.000,00 €
3. Antragsgebühren für Erst- und Rezertifizierung eines Exzellenzzentrums (§ 5.1)	7.500,00 €
4. Gebühren für CAES-Zertifizierungen (§ 5.4) (Übergangsregelung für drei Jahre)	2.000,00 €
5. Bearbeitungsgebühren bei Ablehnung ohne Audit (§ 5.3)	800,00 €
6. Bearbeitung eines Antrags bei Chefarztwechsel ohne Audit mit Neuausstellung eines Zertifikates (§ 7)	600,00 €
7. Bearbeitungsgebühr für Abwicklung und Ausstellung eines neuen Zertifikates bei Höherstufung bei gültigem Zertifikat (§ 14)	600,00 €
8. Ausfertigung weiterer Urkunden pro Stück	
a. mit Rahmen	100,00 €
b. ohne Rahmen	50,00 €
9. Ausfertigung einer Urkunde für einen anerkannten Chirurgen	50,00 €
10. Ausfertigung einer Urkunde für einen Kooperationspartner	50,00 €

Preise zzgl. USt.

III. Zertifikate für zertifizierte Einrichtungen



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum für chirurgische Koloproktologie

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Musterfrau

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz- und Referenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. Th.K. Schiedeck
Vorsitzender der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft für Colo-Proktologie

Prof. Dr. A. Herold
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Koloproktologie

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Mustermann

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz-, Referenz-, Exzellenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. K. Ludwig
Vorsitzender der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft für Minimal Invasive Chirurgie

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum

für chirurgische Erkrankungen des
Pankreas

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Mustermann

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz-, Referenz-, Exzellenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. T. Keck

Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft
für Leber-, Galle- und Pankreaserkrankungen

Prof. Dr. H.J. Buhr

Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum

für chirurgische Erkrankungen der
Leber

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Mustermann

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz-, Referenz-, Exzellenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. T. Keck
Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft
für Leber-, Galle- und Pankreaserkrankungen

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum

für Adipositas- und metabolische
Chirurgie

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Musterfrau

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz-, Referenz-, Exzellenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. Dr. h.c. N. Runkel
Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft
Adipositas- und metabolische Chirurgie

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum

für Schilddrüsen- und
Nebenschilddrüsenchirurgie (SD/NSD)

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Musterfrau

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz- und Referenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. D. K. Bartsch
Vorsitzender der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Referenzzentrum für Endokrine Chirurgie (EC)

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Musterfrau

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.o) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz- und Referenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. D. K. Bartsch
Vorsitzender der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum

für die Chirurgie des Magens und
der Speiseröhre

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Mustermann

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV durch
die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz-, Referenz-, Exellenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. D. Lorenz
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft
Oberer Gastrointestinaltrakt

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum für chirurgische Endoskopie

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Musterfrau

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz-, Referenz-, Exzellenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. A. Königsrainer
Vorsitzender der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft Endoskopie und Sonographie

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum

für die Chirurgie der bösartigen
Erkrankungen des Peritoneums

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Musterfrau

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.0) der DGAV
durch die SAVC GmbH. Stufe der Zertifizierung: Kompetenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. H.-R. Raab
Vorsitzender der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft für Onkologie

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie



ZERTIFIKAT

Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie

1. Oktober 2015 bis 30. September 2018

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Musterklinik, Musterstadt

Prof. Dr. med. M. Mustermann

Zertifikat erstellt entsprechend der Ordnung für die Zertifizierungen (5.o) der DGAV durch die SAVC GmbH. Stufen der Zertifizierung: Kompetenz- und Referenzzentrum.

Berlin, den 1. Oktober 2015

Prof. Dr. D. Berger
Vorsitzender der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft Hernien

Dr. W. Reinhold
1. Vorsitzender der
Deutschen Herniengesellschaft

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie

IV. Zertifikate für Kooperationspartner zertifizierter Einrichtungen



ZERTIFIKAT

**Die Klinik/Praxis für Nuklearmedizin
des Klinikums Musterklinik**

**Direktor: Prof. Dr. med. Andreas Mustermann
ist**

Kooperationspartner

**des Kompetenzzentrums
für der Klinik
für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Klinikum Musterkrankenhaus,
Musterstadt**

(lt. § 8 DGAV-Zertifizierungsordnung)

Gültig vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2017

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie

V. Urkunde für anerkannte Chirurgen



URKUNDE

Prof. Dr. med. Andreas Mustermann
ist

Anerkannter Chirurg

**im Kompetenzzentrum
für der Klinik
für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Klinikum Musterkrankenhaus,
Musterstadt**

(lt. § 5 DGAV-Zertifizierungsordnung)

Gültig vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2017

Prof. Dr. H.J. Buhr
Sekretär der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie

VI. Liste der Codes für die minimal-invasiven Eingriffe (lt. §36)

Gruppe	OPS	Eingriff
I	5-470.1	Appendektomie
I	5-470.10	Appendektomie
I	5-470.11	Appendektomie
I	5-470.1x	Appendektomie
I	5-470.2	Appendektomie
I	5-471.1	Appendektomie
I	5-471.10	Appendektomie
I	5-471.11	Appendektomie
I	5-471.1x	Appendektomie
I	5-511.1	Cholezystektomie
I	5-511.11	Cholezystektomie
I	5-511.12	Cholezystektomie
I	5-511.2	Cholezystektomie
I	5-511.21	Cholezystektomie
I	5-511.22	Cholezystektomie
I	5-511.51	Cholezystektomie
I	5-511.52	Cholezystektomie
I	5-530.31	Hernienreparation
I	5-530.32	Hernienreparation
I	5-530.71	Hernienreparation
I	5-530.72	Hernienreparation
I	5-531.31	Hernienreparation
I	5-531.32	Hernienreparation
I	5-531.71	Hernienreparation
I	5-531.72	Hernienreparation
I	5-534.31	Hernienreparation
I	5-535.31	Hernienreparation
I	5-536.41	Hernienreparation
I	5-538.41	Hernienreparation
I	5-538.45	Hernienreparation
I	5-538.91	Hernienreparation
I	5-538.95	Hernienreparation
II	5-066.0	Nebenschilddrüse
II	5-066.1	Nebenschilddrüse
II	5-067.0	Nebenschilddrüse
II	5-067.1	Nebenschilddrüse
II	5-071.03	Nebenniere
II	5-071.43	Nebenniere

Gruppe	OPS	Eingriff
II	5-071.x3	Nebenniere
II	5-072.03	Nebenniere
II	5-072.13	Nebenniere
II	5-072.23	Nebenniere
II	5-072.x3	Nebenniere
II	5-413.01	Splenektomie
II	5-413.02	Splenektomie
II	5-413.11	Splenektomie
II	5-413.12	Splenektomie
II	5-433.1	Magenresektion
II	5-433.4	Magenresektion
II	5-433.40	Magenresektion
II	5-433.41	Magenresektion
II	5-433.42	Magenresektion
II	5-433.43	Magenresektion
II	5-433.44	Magenresektion
II	5-433.45	Magenresektion
II	5-433.46	Magenresektion
II	5-433.47	Magenresektion
II	5-433.4x	Magenresektion
II	5-434.0	Magenresektion
II	5-434.1	Magenresektion
II	5-434.2	Magenresektion
II	5-434.31	Adipositas
II	5-434.32	Adipositas
II	5-434.41	Adipositas
II	5-434.42	Adipositas
II	5-434.51	Adipositas
II	5-434.52	Adipositas
II	5-434.61	Adipositas
II	5-434.62	Adipositas
II	5-435.0	Magenresektion
II	5-435.1	Magenresektion
II	5-435.2	Magenresektion
II	5-436.0	Magenresektion
II	5-436.01	Magenresektion
II	5-436.02	Magenresektion
II	5-436.03	Magenresektion

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

Gruppe	OPS	Eingriff
II	5-436.04	Magenresektion
II	5-436.05	Magenresektion
II	5-436.1	Magenresektion
II	5-436.11	Magenresektion
II	5-436.12	Magenresektion
II	5-436.13	Magenresektion
II	5-436.14	Magenresektion
II	5-436.15	Magenresektion
II	5-436.2	Magenresektion
II	5-436.21	Magenresektion
II	5-436.22	Magenresektion
II	5-436.23	Magenresektion
II	5-436.24	Magenresektion
II	5-436.25	Magenresektion
II	5-436.x	Magenresektion
II	5-436.x1	Magenresektion
II	5-436.x2	Magenresektion
II	5-436.x3	Magenresektion
II	5-436.x4	Magenresektion
II	5-436.x5	Magenresektion
II	5-437.0	Magenresektion
II	5-437.01	Magenresektion
II	5-437.02	Magenresektion
II	5-437.03	Magenresektion
II	5-437.04	Magenresektion
II	5-437.05	Magenresektion
II	5-437.1	Magenresektion
II	5-437.11	Magenresektion
II	5-437.12	Magenresektion
II	5-437.13	Magenresektion
II	5-437.14	Magenresektion
II	5-437.15	Magenresektion
II	5-437.2	Magenresektion
II	5-437.21	Magenresektion
II	5-437.22	Magenresektion
II	5-437.23	Magenresektion
II	5-437.24	Magenresektion
II	5-437.25	Magenresektion
II	5-437.3	Magenresektion
II	5-437.31	Magenresektion
II	5-437.32	Magenresektion

Gruppe	OPS	Eingriff
II	5-437.33	Magenresektion
II	5-437.34	Magenresektion
II	5-437.35	Magenresektion
II	5-437.4	Magenresektion
II	5-437.41	Magenresektion
II	5-437.42	Magenresektion
II	5-437.43	Magenresektion
II	5-437.44	Magenresektion
II	5-437.45	Magenresektion
II	5-437.5	Magenresektion
II	5-437.51	Magenresektion
II	5-437.52	Magenresektion
II	5-437.53	Magenresektion
II	5-437.54	Magenresektion
II	5-437.55	Magenresektion
II	5-437.6	Magenresektion
II	5-437.61	Magenresektion
II	5-437.62	Magenresektion
II	5-437.63	Magenresektion
II	5-437.64	Magenresektion
II	5-437.65	Magenresektion
II	5-347.x	Magenresektion
II	5-347.x1	Magenresektion
II	5-347.x2	Magenresektion
II	5-347.x3	Magenresektion
II	5-347.x4	Magenresektion
II	5-347.x5	Magenresektion
II	5-438.0	Magenresektion
II	5-438.01	Magenresektion
II	5-438.02	Magenresektion
II	5-438.03	Magenresektion
II	5-438.04	Magenresektion
II	5-438.05	Magenresektion
II	5-438.1	Magenresektion
II	5-438.11	Magenresektion
II	5-438.12	Magenresektion
II	5-438.13	Magenresektion
II	5-438.14	Magenresektion
II	5-438.15	Magenresektion
II	5-438.x	Magenresektion
II	5-438.x1	Magenresektion

Gruppe	OPS	Eingriff
II	5-438.x2	Magenresektion
II	5-438.x3	Magenresektion
II	5-438.x4	Magenresektion
II	5-438.x5	Magenresektion
II	5-444.4	erw. Magenresektion
II	5-444.5	erw. Magenresektion
II	5-445.01	Adipositas
II	5-445.02	Adipositas
II	5-445.11	Adipositas
II	5-445.12	Adipositas
II	5-445.21	Adipositas
II	5-445.22	Adipositas
II	5-445.31	Adipositas
II	5-445.32	Adipositas
II	5-445.41	Adipositas
II	5-445.42	Adipositas
II	5-445.51	Adipositas
II	5-445.52	Adipositas
II	5-445.x1	Adipositas
II	5-445.x2	Adipositas
II	5-447.0	Rev. Magenresektion
II	5-447.1	Rev. Magenresektion
II	5-447.2	Rev. Magenresektion
II	5-447.3	Rev. Magenresektion
II	5-447.4	Rev. Magenresektion
II	5-447.5	Rev. Magenresektion
II	5-447.6	Rev. Magenresektion
II	5-447.7	Rev. Magenresektion
II	5-448.02	Rekonstr. Magen
II	5-448.03	Rekonstr. Magen
II	5-448.12	Rekonstr. Magen
II	5-448.13	Rekonstr. Magen
II	5-448.22	Reflux
II	5-448.23	Reflux
II	5-448.32	Reflux
II	5-448.33	Reflux
II	5-448.42	Reflux
II	5-448.43	Reflux
II	5-448.52	Reflux
II	5-448.53	Reflux
II	5-448.62	Reflux

Gruppe	OPS	Eingriff
II	5-448.63	Reflux
II	5-448.a2	Adipositas
II	5-448.a3	Adipositas
II	5-448.b2	Adipositas
II	5-448.b3	Adipositas
II	5-448.c2	Adipositas
II	5-448.c3	Adipositas
II	5-448.d2	Adipositas
II	5-448.d3	Adipositas
II	5-448.e2	Adipositas
II	5-448.e3	Adipositas
II	5-448.x2	Adipositas
II	5-448.x3	Adipositas
II	5-449.01	andere Magenop.
II	5-449.02	andere Magenop.
II	5-449.11	andere Magenop.
II	5-449.12	andere Magenop.
II	5-449.21	andere Magenop.
II	5-449.22	andere Magenop.
II	5-449.31	andere Magenop.
II	5-449.32	andere Magenop.
II	5-449.41	andere Magenop.
II	5-449.42	andere Magenop.
II	5-449.51	andere Magenop.
II	5-449.52	andere Magenop.
II	5-449.71	andere Magenop.
II	5-449.72	andere Magenop.
II	5-449.81	andere Magenop.
II	5-449.82	andere Magenop.
II	5-449.b1	andere Magenop.
II	5-449.b2	andere Magenop.
II	5-449.c1	andere Magenop.
II	5-449.c2	andere Magenop.
II	5-449.d1	andere Magenop.
II	5-449.d2	andere Magenop.
II	5-449.e1	andere Magenop.
II	5-449.e2	andere Magenop.
II	5-449.h1	andere Magenop.
II	5-449.h2	andere Magenop.
II	5-449.j1	andere Magenop.
II	5-449.j2	andere Magenop.

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

Gruppe	OPS	Eingriff
II	5-449.k1	andere Magenop.
II	5-449.k2	andere Magenop.
II	5-449.m1	andere Magenop.
II	5-449.m2	andere Magenop.
II	5-449.n1	andere Magenop.
II	5-449.n2	andere Magenop.
II	5-449.p1	andere Magenop.
II	5-449.p2	andere Magenop.
II	5-449.x1	andere Magenop.
II	5-449.x2	andere Magenop.
II	5-455.05	Colonresektion
II	5-455.06	Colonresektion
II	5-455.07	Colonresektion
II	5-455.15	Colonresektion
II	5-455.16	Colonresektion
II	5-455.17	Colonresektion
II	5-455.25	Colonresektion
II	5-455.26	Colonresektion
II	5-455.27	Colonresektion
II	5-455.35	Colonresektion
II	5-455.37	Colonresektion
II	5-455.45	Colonresektion
II	5-455.46	Colonresektion
II	5-455.47	Colonresektion
II	5-455.55	Colonresektion
II	5-455.56	Colonresektion
II	5-455.57	Colonresektion
II	5-455.65	Colonresektion
II	5-455.66	Colonresektion
II	5-455.67	Colonresektion
II	5-455.75	Colonresektion
II	5-455.76	Colonresektion
II	5-455.77	Colonresektion
II	5-455.95	Colonresektion
II	5-455.96	Colonresektion
II	5-455.97	Colonresektion
II	5-455.a5	Colonresektion
II	5-455.a6	Colonresektion
II	5-455.a7	Colonresektion
II	5-455.b5	Colonresektion
II	5-455.b6	Colonresektion

Gruppe	OPS	Eingriff
II	5-455.b7	Colonresektion
II	5-455.c5	Colonresektion
II	5-455.c6	Colonresektion
II	5-455.c7	Colonresektion
II	5-455.d5	Colonresektion
II	5-455.d6	Colonresektion
II	5-455.d7	Colonresektion
II	5-455.x5	Colonresektion
II	5-455.x6	Colonresektion
II	5-455.x7	Colonresektion
II	5-456.05	Colonresektion
II	5-456.06	Colonresektion
II	5-456.07	Colonresektion
II	5-456.08	Colonresektion
II	5-456.15	Colonresektion
II	5-456.16	Colonresektion
II	5-456.17	Colonresektion
II	5-456.18	Colonresektion
II	5-456.25	Colonresektion
II	5-456.26	Colonresektion
II	5-456.27	Colonresektion
II	5-456.28	Colonresektion
II	5-456.x5	Colonresektion
II	5-456.x6	Colonresektion
II	5-456.x7	Colonresektion
II	5-456.x8	Colonresektion
II	5-484.05	Rektumresektion
II	5-484.06	Rektumresektion
II	5-484.15	Rektumresektion
II	5-484.16	Rektumresektion
II	5-484.25	Rektumresektion
II	5-484.26	Rektumresektion
II	5-484.35	Rektumresektion
II	5-484.36	Rektumresektion
II	5-484.55	Rektumresektion
II	5-484.56	Rektumresektion
II	5-484.65	Rektumresektion
II	5-484.x5	Rektumresektion
II	5-484.x6	Rektumresektion
II	5-485.02	Rektumresektion
II	5-485.22	Rektumresektion

Gruppe	OPS	Eingriff
II	5-501.01	Leberresektion
II	5-501.02	Leberresektion
II	5-501.11	Leberresektion
II	5-501.12	Leberresektion
II	5-501.21	Leberresektion
II	5-501.22	Leberresektion
II	5-501.41	Leberresektion
II	5-501.42	Leberresektion
II	5-501.51	Leberresektion
II	5-501.52	Leberresektion
II	5-501.61	Leberresektion
II	5-501.62	Leberresektion
II	5-501.71	Leberresektion
II	5-501.72	Leberresektion
II	5-501.x1	Leberresektion
II	5-501.x2	Leberresektion
II	5-502.0	Leberresektion
II	5-502.1	Leberresektion
II	5-502.2	Leberresektion
II	5-502.3	Leberresektion
II	5-502.4	Leberresektion
II	5-502.5	Leberresektion
II	5-502.6	Leberresektion
III	5-423.1	Ösophagusresektion
III	5-423.2	Ösophagusresektion
III	5-423.3	Ösophagusresektion
III	5-424.0	Ösophagusresektion
III	5-424.1	Ösophagusresektion
III	5-424.10	Ösophagusresektion
III	5-424.11	Ösophagusresektion
III	5-424.12	Ösophagusresektion
III	5-424.2	Ösophagusresektion
III	5-425.1	Ösophagusresektion
III	5-425.2	Ösophagusresektion
III	5-426.1	Ösophagusresektion
III	5-426.11	Ösophagusresektion
III	5-426.12	Ösophagusresektion
III	5-426.13	Ösophagusresektion
III	5-426.14	Ösophagusresektion
III	5-426.2	Ösophagusresektion
III	5-426.21	Ösophagusresektion

Gruppe	OPS	Eingriff
III	5-426.22	Ösophagusresektion
III	5-426.23	Ösophagusresektion
III	5-426.24	Ösophagusresektion
III	5-426.x1	Ösophagusresektion
III	5-426.x2	Ösophagusresektion
III	5-426.x3	Ösophagusresektion
III	5-426.x4	Ösophagusresektion
III	5-521.0	Pankreasresektion
III	5-521.1	Pankreasresektion
III	5-521.2	Pankreasresektion
III	5-521.3	Pankreasresektion
III	5-524.0	Pankreasresektion
III	5-524.00	Pankreasresektion
III	5-524.01	Pankreasresektion
III	5-524.02	Pankreasresektion
III	5-524.1	Pankreasresektion
III	5-524.2	Pankreasresektion
III	5-524.3	Pankreasresektion
III	5-524.4	Pankreasresektion
III	5-525.0	Pankreasresektion
III	5-525.1	Pankreasresektion
III	5-525.2	Pankreasresektion

VII. Liste der Codes für die Endoskopie (lt. § 96)

Gruppe	OPS Nummer und Prozedur
Blutstillung	Ösophagus
	5-429.1 Sklerosierung von Ösophagusvarizen
	5-429.a Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen
	5-429.d Clippen
	5-429.e Injektion Supra / Fibrin Kleber
	5-422.50 Elektrokoagulation
	Magen
	5-449.d3 Clippen
	5-449.e3 Injektion Supra / Fibrin Kleber
	5-449.s3 OTSC Clip
	5-449.83 Ligatur (Banding) von Fundusvarizen
	5-433.50 Elektrokoagulation
	Dünndarm bzw. Dickdarm
	5-469.d3 Clippen
	5-469.e3 Injektion Supra / Fibrin Kleber
	5-469.s3 OTSC Clip
	5-451.90 Elektrokoagulation Dünndarm
	5-452.50 Elektrokoagulation Dickdarm
	Rektum
	5-489.d2 Clippen
	5-489.e3 Injektion Supra / Fibrin Kleber
	5-489.j3 OTSC Clip
	5-482.31 Elektrokoagulation
	Polypektomie
	Ösophagus
	5-422.20 Exzision ohne weitere Maßnahmen
	5-422.21 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
	5-422.22 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
	5-422.2x Sonstige
	Magen
	5-433.20 Exzision ohne weitere Maßnahmen
	5-433.21 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
	5-433.22 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
	5-433.2x Sonstige

Gruppe	OPS Nummer und Prozedur
	Dünndarm
	5-451.7 Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)
	5-451.70 Exzision ohne weitere Maßnahmen
	5-451.71 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
	5-451.72 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
	5-451.7x Sonstige
	Dickdarm / Rektum
	5-452.20 Exzision ohne weitere Maßnahmen
	5-452.21 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
	5-452.22 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
	5-452.2x Sonstige
Mukosaresektion (EMR/ESD)	Ösophagus
	5-422.23 Endoskopische Mukosaresektion
	5-422.24 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
	Magen
	5-433.23 Endoskopische Mukosaresektion
	5-433.24 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
	Dünndarm
	5-451.73 Endoskopische Mukosaresektion
	5-451.74 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
	Dickdarm
	5-452.23 Endoskopische Mukosaresektion
	5-452.24 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
	Rektum
	5-482.01 Endoskopische Mukosaresektion
	5-482.11 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
	5-482.81 Vollwandexzision, lokal
	5-482.91 Vollwandexzision, zirkulär
Bougierung	5-429.8 Bougierung Ösophagus
	5-449.b3 Bougierung Magen
	5-469.b3 Bougierung Darm
	5-489.b Bougierung Rektum

Gruppe	OPS Nummer und Prozedur
Dilatation	5-429.7 Dilatation Ösophagus
	5-449.73 Dilatation Magen
	5-469.h3 Dilatation Dünndarm
	5-469.j3 Dilatation Dickdarm
	5-489.2 Dilatation Rektum
	5-499.0 Dilatation Anus
Ernährungssonde	8-125.1 Anlage duodenalen/jejunalen Ernährungssonde transnasal
	8-125.1 Anlage duodenalen/jejunalen Ernährungssonde über PEG
PEG	5-431.2 Perkutan-endoskopisch (PEG)
	5-4321.20 durch Fadendurchzugsmethode
	5-4321.21 durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie
	8-123.0 Wechsel PEG
	8-123.1 Entfernung PEG
Prothesen/Stent Anlagen	Ösophagus
	5-429.j1 Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese ohne Antirefluxventil
	5-429.j4 Einlegen oder Wechsel von zwei nicht selbstexpandierenden Prothesen ohne Antirefluxventil
	5-429.ja Einlegen oder Wechsel mehr als zwei nicht selbstexpandierenden Prothesen ohne Antirefluxventil
	5-429.jc Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese mit Antirefluxventil
	5-429.je Einlegen oder Wechsel zweier nicht selbstexpandierenden Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil
	5-429.jg Einlegen oder Wechsel mehr als zwei nicht selbstexpandierenden Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil
	5-429.j2 Entfernung einer selbstexpandierenden Prothese
	5-429.k1 Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	5-429.k2 Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	Magen
	5-449.h3 Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese
	5-449.j3 Entfernung einer selbstexpandierenden Prothese
	5-449.k3 Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	5-449.m3 Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	Dünndarm bzw. Dickdarm
	5-469.k3 Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese
	5-469.m3 Entfernung einer selbstexpandierenden Prothese
	5-469.n3 Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	5-469.p3 Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	5-469.q3 Einlegen oder Wechsel eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion
	5-469.r3 Entfernung eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion

Gruppe	OPS Nummer und Prozedur
	Rektum
	5-489.g0 Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese
	5-489.g1 Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	5-489.h0 Entfernen einer selbstexpandierenden Prothese
	5-489.h1 Entfernen einer nicht selbstexpandierenden Prothese
therapeutischer EUS	1-445 Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt
	1-446 Endosonographische Feinnadelpunktion am unteren Verdauungstrakt
	1-447 Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas
	1-448 Endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliären System
	1-442.3 Endosonographische Feinnadelpunktion Gallengänge
	1-494.2 Endosonographische Feinnadelpunktion Mediastinum
	1-494.8 Endosonographische Feinnadelpunktion Retroperitoneum
	1-494.x sonstige Feinnadelpunktion endosonographisch
therapeutische Maßnahme bei ERCP	5-513.1 Inzision der Papille (Papillotomie)
	5-513.20 Steinentfernung mit Körbchen
	5-513.21 Steinentfernung mit Ballonkatheter
	5-513.22 Steinentfernung mit mechanischer Lithotripsie
	5-513.23 Steinentfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie
	5-513.24 Steinentfernung mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung
	5-513.25 Steinentfernung mit Laserlithotripsie
	5-513.2x Sonstige Steinentfernung
	5-513.3 Exzision
	5-513.4 Destruktion
	5-513.40 Elektrokoagulation
	5-513.41 Photodynamische Therapie (PDT)
	5-513.42 Radiofrequenzablation
	5-513.43 Mikrowellenablation
	5-513.44 Irreversible Elektroporation
	5-513.4x Sonstige
	5-513.5 Einlegen einer Drainage
	5-513.a Dilatation
	5-513.b Entfernung von alloplastischem Material
	5-513.c Blutstillung
	5-513.d Bougierung
	5-513.f0 Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	5-513.f1 Einlegen von nicht selbstexpandierenden (Zwei oder mehr Prothesen)
	5-513.h0 Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese
	5-513.h1 Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen (Zwei oder mehr Prothesen)
	5-513.k Zugang durch retrograde Endoskopie

Gruppe	OPS Nummer und Prozedur
	5-513.m0 Einlegen oder Wechsel von einem selbstexpandierenden ungecoverten Stent
	5-513.m1 Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden ungecoverten Stents
	5-513.m2 Einlegen oder Wechsel von drei oder mehr selbstexpandierenden ungecoverten Stents
	5-513.n0 Einlegen oder Wechsel von einem selbstexpandierenden gecoverten Stent
	5-513.n1 Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden gecoverten Stents
	5-513.n2 Einlegen oder Wechsel von drei oder mehr selbstexpandierenden gecoverten Stents
	5-529.n2 Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste durch Einlegen eines Stents
	5-529.n3 Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste durch Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents
	5-529.n4 Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste durch Einlegen eines selbstexpandierenden Stents
Endoskopische Maßnahmen zur Adipositas therapie	8-127.0 Endoskopisches Einlegen eines Magenballons
	8-127.1 Endoskopische Entfernung eines Magenballons
	5-469.q3 Einlegen oder Wechsel eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion (Endo Barrier)
	5-469.r3 Entfernung eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion (Endo Barrier)
Fremdkörperentfernung	8-100.6 Fremdkörperentfernung Ösophagus mit flexiblem Instrument
	8-100.7 Fremdkörperentfernung Ösophagus mit starrem Instrument
	8-100.8 Fremdkörperentfernung Magen bzw. Dünndarm mit flexiblem Instrument
	8-100.9 Fremdkörperentfernung Dickdarm / Mastdarm mit flexiblem Instrument
	8-100.a Fremdkörperentfernung Dickdarm / Mastdarm mit starrem Instrument
Schwellenspaltung Zenker Divertikel	5-299.2 Schwellendurchtrennung eines Zenker-Divertikels
	5-422.2x Endoskopische Abtragung eines Zenker Divertikels
POEM und assoziierte Verfahren	5-420.06 Ösophagomyotomie (POEM)

VIII. Kooperationsvertrag mit ambulanten Einrichtungen für die Hernienchirurgie

Präambel

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) legen auf eine gut strukturierte und sektorenübergreifende Versorgung der Patienten großen Wert. Daher können stationäre und ambulante Einrichtungen im Rahmen der Zertifizierungen nach dem System der DGAV und der DHG Kooperationsverbünde bilden. Grundlage der dafür zu treffenden Vereinbarungen sind die Regelungen der Zertifizierungsordnung (ZertO) der DGAV. Dabei kommen den beteiligten Einrichtungen jeweils besondere Aufgaben zu, die in dieser Vereinbarung festgelegt werden. Zur Verwirklichung dieses Bestrebens und in Erfüllung der Zertifizierungsordnung der DGAV schließen die nachfolgend genannten Parteien folgende Kooperationsvereinbarung:

§ 1

Teilnehmer und Bezeichnung des Kooperationsverbundes

1. Das Krankenhaus XY in Musterstadt bildet mit der Praxis (Inhaber NN, Ort) zur Versorgung von Patienten mit Hernien einen Kooperationsverbund.
2. Dieser Kooperationsverbund trägt den Namen XYZ.
3. Repräsentanten des Kooperationsverbundes sind gemeinschaftlich der Leiter der chirurgischen Krankenhausabteilung und der Praxisinhaber. Deren Namen erscheinen zusammen mit dem Namen des Kooperationsverbundes nach Abs. 2 auf dem Zertifikat.

§ 2

Anerkannte Chirurgen

1. In Abänderung von § 7 ZertO gilt für Kooperationsverbünde, dass im Kompetenzzentrum mindestens 3 anerkannte Chirurgen tätig sein müssen, von denen zwei im Krankenhaus und einer in der Praxis tätig sind. Im Referenzzentrum müssen mindesten vier Chirurgen anerkannt sein, von denen mindestens drei im Krankenhaus und einer in der Praxis tätig sind.
2. In Anlehnung an § 3 Abs. 8a versuchen die Vertragspartner zu ermöglichen, dass auf Wunsch eines Chirurgen in Weiterbildung unter Beachtung der Vorschriften der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammern und der kassenärztlichen Vereinigungen eine Rotation in die jeweils andere Einrichtung des Kooperationsverbundes vorgenommen wird.

§ 3

Zuordnung der Eingriffe zu den Einrichtungen

1. Die Krankenhausabteilung bringt Patienten mit folgenden Hernien in den Kooperationsverbund ein:
 - Leistenhernien
 - Schenkelhernien
 - Bauchdeckenhernien
 - Narbenhernien
 - Zwerchfellhernien
 - ggf. weitere
2. Die Praxis bringt Patienten mit folgenden Hernien in den Kooperationsverbund ein:
 - Leistenhernien
 - Schenkelhernien
 - Bauchdeckenhernien
 - Narbenhernien
 - Zwerchfellhernien
 - ggf. weitere
3. Jede Einrichtung ist für die ordnungsgemäße Behandlung ihrer Patienten verantwortlich.
4. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus kann den stationär behandelten Patienten die ambulante Weiterversorgung in der Praxis nach § 1 Abs. 2 empfohlen werden.
5. Zur Behandlung von Komplikationen, die stationär behandelt werden müssen, kann die Praxis die Aufnahme in die Krankenhausabteilung nach § 1, Abs. 1 empfehlen.
6. Mindestens einmal im Monat findet eine gemeinschaftliche Komplikationsbesprechung statt, an der Vertreter der Praxis und des Krankenhauses teilnehmen. Hier müssen alle Patienten vorgestellt werden, die in einer der beiden Einrichtungen eine perioperative Komplikation erlitten haben. Teilnehmer und besprochene Patienten müssen protokolliert werden.

§ 4

Antragstellung

1. Die Einrichtungen des Kooperationsverbundes stellen einen gemeinsamen Antrag auf dem aus dem Internet abrufbaren Formular nach § 10 Abs. 1 ZertO unter vollständiger Angabe der einrichtungsbezogenen Daten. Dabei

muss jede Institution ihre eigenen, abteilungsbezogenen Angaben machen.

2. Die Antragsgebühren für die Zertifizierung tragen die Einrichtungen des Kooperationsverbundes gemeinsam. Der Aufteilungsschlüssel bleibt den Einrichtungen überlassen. Das Verhältnis soll sich an der jeweiligen Anzahl der anerkannten Chirurgen orientieren. Diesen Schlüssel teilen die antragstellenden Einrichtungen der SAVC GmbH zusammen mit der Einreichung des Antrages mit. Dementsprechend erfolgt durch die SAVC GmbH die Rechnungstellung an jede der antragstellenden Institutionen.
3. Zur Ermittlung der Mindestzahlen nach § 116 dürfen die jeweiligen Eingriffe, die in den Antragsformularen getrennt anzugeben sind, addiert werden.

§ 5

Gütesiegel und Datenerfassung zur Qualitätssicherung

1. Grundlagen für die Qualitätssicherung, zu der der Kooperationsverbund durch die Zertifizierungsordnung verpflichtet ist, sind die Bestimmungen des § 117, wobei die dort für einen Antragsteller bzw. eine Klinik genannten Verpflichtungen sinngemäß auf die Repräsentanten des Kooperationsverbundes nach § 1 Abs. 3 dieser Vereinbarung anzuwenden sind.
2. Beide Institutionen müssen einzeln oder gemeinsam über das Gütesiegel verfügen und zum Zeitpunkt der Antragstellung mindestens 14 Monate Daten zur Qualitätssicherung erhoben haben.
3. Alle Patienten des Kooperationsverbundes werden unter dem Namen nach § 1 Abs. 2 in das Register Herniamed eingegeben. Dabei werden die Daten getrennt unter dem Namen der einzelnen Institutionen erhoben.
4. Anstelle der Datenerfassung bei Herniamed kann auch ein anderes, von der DGAV und der DHG geprüftes und zugelassenes Datenerfassungssystem verwendet werden.

Ort, den TT.MM.JJJJ
Für das Krankenhaus

Ort, den TT.MM.JJJJ
Für die Praxis

Geschäftsführer/
Leiter der Verwaltung

Chefarzt/Leiter
der chirurgischen Abteilung

Praxisinhaber

II. Antragsformulare

Bitte nicht
verloren



Antrag

auf Anerkennung als

Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie

der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für Koloproktologie (CACP)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CACP - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §21-§28 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

Exzellenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
E-Mailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie



4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____ Im Krankenhaus
	_____ In der Abteilung
Anzahl der in den zwei Referenzjahren stationär behandelten Patienten	_____ Im Krankenhaus
	_____ In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	_____ Anzahl gesamt (wird berechnet)
	_____ Chefärzte
	_____ Oberärzte
	_____ Assistenzärzte mit Facharztstatus
	_____ Assistenzärzte in Weiterbildung
Lehrkrankenhaus	☐ Ja
	☐ Nein
	☐ Universitätsklinik
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei
	☐ wird per E-Mail zugesendet
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert
	☐ nach DIN ISO
	☐ nach KTQ
	☐ nach anderem System _____

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Viszeralchirurgie	Name _____
	Monate _____
Allgemeine Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Common Trunk	Name _____
	Monate _____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name _____
	Monate _____
Zusatzbezeichnung „Proktologie“	Name _____
	Monate _____

Antrag Zertifizierung CA 27 // 11.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 2 von 9



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CACP und der DGAV oder DGK sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenz- und Exzellenzzentrum mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs.3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CACP bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name

☐ Facharzt Viszeralchirurgie	☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung <i>Spezielle Viszeralchirurgie</i>	☐ Mitglied CACP
☐ Zusatzbezeichnung <i>Proktologie</i>	☐ Mitglied DGK

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:

Chirurg/in 2 Name

☐ Facharzt Viszeralchirurgie	☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung <i>Spezielle Viszeralchirurgie</i>	☐ Mitglied CACP
☐ Zusatzbezeichnung <i>Proktologie</i>	☐ Mitglied DGK

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie



7. Abteilungsorganisation

Regelmäßige Koloproktologische Sprechstunden werden
angeboten.

Tag

Uhrzeit

Zugang zu aktueller Literatur

(Internet, Journale, z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)

Ja ☐

Nein ☐

8. Interdisziplinäre Kooperationen

Im Falle einer externen Kooperation muss ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegen sowie der Name und die Anschrift des verantwortlichen Arztes angegeben werden.

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Radiologie (24 h)

Transitzeitbestimmung, Defäkographie möglich

☐ Ja ☐ Nein

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Endoskopie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

abdom. Sonographie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Endosonographie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Urologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Gynäkologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Gastroenterologie

Antrag-Zertifizierung CAC / 1.1.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 4 von 9



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie



8. Interdisziplinäre Kooperationen (Fortsetzung)

Neurologie	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation
Strahlentherapie	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation
Onkologie	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation
Pathologie	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation

9. Eingriffshäufigkeiten

a. Prokto- und Rektoskopien	200/ 500/ 500		
b. Koloskopien	200/ 500/ 500		
c. Endosonographien	25/ 100/ 100		
d. Kolonresektionen (5-455, 5-456, 5-458)	75/ 150/ 150		
e. Rektumresektionen (5-484, 5-485, 5-486.3, 5-486.4)	25/ 50/ 50		
f. Hämorrhoidenoperationen (5-493.2 bis 5-493.y)	30/ 50/ 50		
g. Operationen bei Abszess, Fistel, Fissur oder Sinus pilonidalis (5-490, 5-491, 5-492, 5-891, 5-897)	50/ 100/ 100		
h. Komplexe anale und transanale Eingriffe (5-482.12, 5-482.82, 5-482.92, 5-486.2, 5-486.6, 5-482.b0, 5-482.b1, 5-496, 5-059)	10/ 20/ 20		
i. Operation rektovaginaler Fisteln (5-706.2 oder 5-496.2 in Kombination mit ICD N82.3; Doppeldokumentation derselben Patienten unter h. und i. sind nicht zulässig)	-/ -/ 5		
j. Restaurative Proktokolektomien (5-456.23, 5-456.25)	-/ -/ 5		

Antrag Zertifizierung CACP // 11.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 5 von 9



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie



10. Qualitätssicherungsverfahren

☐ Bisher keine Datenerfassung

a. Datenerfassung

Die Daten der in den Referenzjahren an der Tracerdiagnose Rektumkarzinom oder komplexer Analfistel operierten Patienten sind bei der nachfolgend genannten Institution erfasst:

DGAV-eigene Datenerfassung (www.studoq.de)

Bitte geben Sie Ihre StuDoQ-Klinikkennziffer an

Sie finden die Klinikkenziffer in jeder Fall-Identifikationsnummer.

REK-1234-14-0001-1234 ist hier die Klinikkenziffer.

☐ Ja ☐ Nein

Klinik-Kennziffer: _____

- WDC / Krebsgesellschaft

- An-Institut Magdeburg

- andere (bitte auf Belegeblatt erläutern)

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass, so weit vorhanden, Klinikbezogene Daten zur QS im Zusammenhang mit den von der AG definierten Tracer-Diagnosen/-Prozeduren an die SAVC übermittelt werden.

☐ Ja ☐ Nein

b. TV30-Faktoren

1. Gesamtzahl der radikal operierten Rektumkarzinome

2. TV30-Daten

a) Anzahl der innerhalb von 30 Tagen post Op. eingetretenen Todesfälle

b) Anzahl der Patienten, die länger als 30 Tage in der Klinik, in der der Eingriff erfolgte, gelegen haben (einschl. Intensivstation)

3. Summe der Positionen 2a - 2b

4. Anteil der Summe an den Patienten laut Position 1 (Sollwert: < 15 %)

c. Zahlen der operierten Patienten mit Rektumkarzinom und TME-Prozedur in den beiden Referenzjahren

1. Anzahl der radikal operierten Karzinome des unteren und mittleren Drittels (bis 12 cm)

(Bitte beachten: Gesamtzahl der radikal operierten Rektumkarzinome in 10b Punkt 1 eintragen)

2. davon (Punkt 1) TME-Qualität „gut“ oder „mäßig gut“

(Mercury-Grad 1 oder 2; vom Pathologen beurteilt)

d. komplexe Analfisteln

Anzahl der operierten komplexen Analfisteln

Anzahl der operativen Revisionen innerhalb der ersten 30 Tage post Op.



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie



d. Follow Up: Lokalrezidivrate

Jahr	N (alle operierten Patienten mit Rektumkarzinom)	Status verstorben ohne Lokalrezidiv (Anzahl)	Status verstorben mit Lokalrezidiv * (Anzahl)	Status lebt ohne Lokalrezidiv (Anzahl)	Status lebt mit Lokalrezidiv * (Anzahl)	Status unbekannt bzgl. Lokalrezidiv (Anzahl)
2014						
2013						
2012						
2011						
2010						

* inklusive auch derjenigen Patienten, deren Lokalrezidiv erfolgreich therapiert wurde

11. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

12. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanten ist beim Audit vorzulegen.

13. abgeschlossene Weiterbildungen Ihrer Abteilung innerhalb der letzten 3 Jahre

Anzahl
Eine Liste der Weitergebildeten ist beim Audit vorzulegen.

* Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Kopien der Kooperationsverträge (Punkt 8)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Bitte nicht
verloren



Antrag

auf Anerkennung als

Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV),
vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive Chirurgie (CAMIC)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CAMIC - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §31-§38 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

Exzellenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
E-Mailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann

Blatt 1 von 9



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exellenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie



4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____	Im Krankenhaus	
	_____	In der Abteilung	
	2014	2013	
Anzahl der in den zwei Referenz- jahren stationär behandelten Patienten	_____	_____	Im Krankenhaus
			In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	_____	Anzahl gesamt (wird berechnet)	
	_____	Chefärzte	
	_____	Oberärzte	
	_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus	
	_____	Assistenzärzte in Weiterbildung	
Lehrkrankenhaus	☐ Ja		
	☐ Nein		
	☐ Universitätsklinik		
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei		
	☐ wird per E-Mail zugesendet		
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert		
	☐ nach DIN ISO		
	☐ nach KTQ		
	☐ nach anderem System	_____	

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Viszeralchirurgie	Name _____
	Monate _____
Allgemeine Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Common Trunk	Name _____
	Monate _____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name _____
	Monate _____

Antrag-Zertifikat SAVC // 11.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 2 von 9



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CAMIC und der DGAV sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenz- und Exzellenzzentrum mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs.3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
- 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CAMIC bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
- 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
- 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie ☐ DGAV-Mitglied

☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie ☐ Mitglied CAMIC

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:

Chirurg/in 2 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie ☐ DGAV-Mitglied

☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie ☐ Mitglied CAMIC

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exellenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie



7. Endoskopie

interventionelle Endoskopie

- ☐ Eigenleistung der Abteilung
☐ Kooperation

Name und Abteilung des leitenden Arztes oder
Name und Anschrift des(r) kooperierenden Arztes/Praxis

8. Apparative Ausstattung

Operationssaal mit MIC-Turm vorhanden
(HD-Technologie)

- ☐ Ja
☐ Nein

9. Abteilungsorganisation

Zugang zu aktueller Literatur
(Internet, Journale, z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)

Ja ☐ Nein ☐



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie



10. Eingriffshäufigkeiten

Gruppe I

		100 / 200 / 200	2014	2013
Cholezystektomien	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Hernienreparationen (TEP, TAPP)	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Appendektomien	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			

Gruppe II

		75 / 150 / 150	2014	2013
Fundoplicatio	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Magenresektion	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Leberresektion	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Splenektomie	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Adrenalektomie	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Parathyreoidektomie	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Colonresektion	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Rektumresektion	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Adipositaschirurgische Eingriffe	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			

Gruppe III

		- / - / 10	2014	2013
Pankreasresektionen	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			
Ösophagusresektionen	Gesamtzahl der Eingriffe			
	davon laparoskopisch			

Antrag-Zertifikat-CA-MEZ // 1.1.15

Antragsteller
Abteilung
Ort



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exellenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie



11. Qualitätssicherung - TV30-Faktoren

a. TV30-Faktoren

	2014	2013
1. Anzahl der in den Referenzjahren wegen einer Sigmadivertikulitis laparoskopisch operierten Patienten:		
2. TV30-Daten		
a) Anzahl der innerhalb von 30 Tagen post Op. eingetretenen Todesfälle		
b) Anzahl der Patienten, die länger als 30 Tage in der Klinik, in der der Eingriff erfolgte, gelegen haben (einschl. Intensivstation)		
3. Summe der Positionen 2a - 2b		
4. Anteil der Summe an den Patienten laut Position 1 (Sollwert: < 15 %)		

b. Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen werden regelmäßig durchgeführt. Die Ergebnisse sind protokolliert. Ja ☐ Nein ☐

c. Datenerfassung: Wenn vorhanden, bitte Auswertung StuDoQ für alle erfassten Zeiträume beilegen.



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie



12. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

	2014	2013
a. Anzahl der Studien *		
b. Anzahl der Publikationen *		

13. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *	Anzahl:		
	Gesamtpunktzahl:		
	Gesamtteilnehmerzahl:		
b. Anzahl der Hospitationen			
Eine Liste der Hospitanten ist beim Audit vorzulegen.			

14. abgeschlossene Weiterbildungen der Abteilung innerhalb der letzten 3 Jahre

Anzahl
Eine Liste der Weitergebildeten ist beim Audit vor-
zulegen.

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exellenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Bitte nicht
verloren



Antrag

auf Anerkennung als

Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Erkrankungen des Pankreas

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV),
vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für Leber-, Galle-, und Pankreaserkrankungen (CALGP)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CALGP-P - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §41-§48 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

Exzellenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
E-Mail-Adresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen des Pankreas



4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____	Im Krankenhaus	
	_____	In der Abteilung	
	2014	2013	
Anzahl der in den zwei Referenz- jahren stationär behandelten Patienten	_____	_____	Im Krankenhaus
	_____	_____	In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	_____	Anzahl gesamt (wird berechnet)	
	_____	Chefärzte	
	_____	Oberärzte	
	_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus	
	_____	Assistenzärzte in Weiterbildung	
Lehrkrankenhaus	☐ Ja		
	☐ Nein		
	☐ Universitätsklinik		
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei		
	☐ wird per E-Mail zugesendet		
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert		
	☐ nach DIN ISO		
	☐ nach KTQ		
	☐ nach anderem System	_____	

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Viszeralchirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Allgemeine Chirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Common Trunk	Name	_____
	Monate	_____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name	_____
	Monate	_____



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen des Pankreas



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CALGP und der DGAV sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenz- und Exzellenzzentrum mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs. 3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CALGP bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CALGP

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:

Chirurg/in 2 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CALGP

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen des Pankreas



7. Abteilungsorganisation

regelmäßige Sprechstunden für Pankreaserkrankungen	Tag	
	Uhrzeit	
Vorstellung onkologischer Patienten in einem interdisziplinären Pankreasboard mit Dokumentation der Teilnehmer und der gefassten Beschlüsse	Tag	
	Uhrzeit	
Durch Pathway festgelegtes Management der Schmerztherapie	Ja ☐ Nein ☐	
Zugang zu aktueller Literatur (Internet, Journale, z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)	Ja ☐ Nein ☐	

8. Diagnostische Voraussetzungen

Die Durchführung der nachfolgend genannten Diagnostik- bzw. Therapiemöglichkeiten ist an jedem Wochentag des
Jahres über 24 Stunden gewährleistet.

CT/MRT	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation
Diagnostische Angiografie	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation
Möglichkeit der interventionellen Therapie von Blutungen	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation
Endoskopie einschließlich diagnostische und/ oder therapeutische ERCP	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation
Endosonographie (innerhalb eines Tages)	☐ Eigenleistung des Krankenhauses ☐ Kooperation

Antrag-Zertifikat CA-GP- Pankreas // 1115

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 4 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen des Pankreas



9. Interdisziplinäre Kooperation

Im Falle einer externen Kooperation muss ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegen sowie der Name und die Anschrift des verantwortlichen Arztes angegeben werden.

Intensivmedizin

Name des leitenden/verantwortlichen Arztes

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Gastroenterologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Onkologie

Name des leitenden Arztes

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Pathologie

Name und Anschrift

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Strahlentherapie

Name des leitenden Arztes

Ja ☐ Nein ☐

Möglichkeit der intraoperativen Schnellschnitte



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen des Pankreas



10. Eingriffshäufigkeiten

	2014	2013
a) Pankreaskopfresektionen und totale Pankreatektomien (OPS: 5-524.1; 5-524.2; 5-524.3; 5-525.0; 5-525.1; 5-525.2)	25/ 50/ 75	
b) Pankreaslinks- und Segmentresektionen (OPS: 5-524.0; 5-524.4)	5/ 10/ 15	
c) weitere Eingriffe am Pankreas zur Behandlung der Pankreatitis (akut nekrotisierende Pankreatitis und Pankreaspseudozysten), bei inoperablen malignen Tumoren und Enukleation von benignen Tumoren (OPS: 5-520; 5-521; 5-522; 5-523; 5-527; 5-529.0-m, x; 5-529.n0; 5-512; 5-518)	10/ 20/ 30	
d) interventionelle Therapien (PTC, Abszessdrainagen, Stentung) (OPS: 1-553; 3-13c.1; 5-513; 5-514.6 Stelle3; 5-517; 5-526; 5-529.n2-x; 5-529.p0-x; 8-146.2; 8-148.1; 8-146.x; 8-154.3)	60/ 80/ 120	

11. Qualitätssicherung - TV30-Faktoren

1. Anzahl der Eingriffe, die als Tracerdiagnose bzw.-prozedur gelten: Resektionen lt. § 56, Abs. 1 Buchstaben b. bis d.		
2. TV30-Daten		
a) Anzahl der innerhalb von 30 Tagen post Op. eingetretenen Todesfälle		
b) Anzahl der Patienten, die länger als 30 Tage in der Klinik, in der der Eingriff erfolgte, gelegen haben (einschl. Intensivstation)		
3. Summe der Positionen 2a - 2b		
4. Anteil der Summe an den Patienten laut Position 1 (Sollwert: < 15 %)		

Die Datenerfassung zur Qualitätssicherung erfolgt bei StuDoQ

Ja ☐ Nein ☐



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen des Pankreas



12. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

13. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanten ist beim Audit vorzulegen.

14. abgeschlossene Weiterbildungen Ihrer Abteilung innerhalb der letzten 3 Jahre

Anzahl

Eine Liste der Weitergebildeten ist beim Audit vorzulegen.

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen des Pankreas



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Kopie des Pathways zur Schmerztherapie (Punkt 7)
- Kopien der Kooperationsverträge (Punkt 9)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Bitte nicht
verloren



Antrag

auf Anerkennung als

Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Erkrankungen der Leber

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV),
vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für Leber-, Galle-, und Pankreaserkrankungen (CALGP)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Frage 1 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CALGP-L - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §51-§58 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

Exzellenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
Emailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann

Blatt 1 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen der Leber



4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____	Im Krankenhaus	
	_____	In der Abteilung	
	2014	2013	
Anzahl der in den zwei Referenz- jahren stationär behandelten Patienten	_____	_____	Im Krankenhaus
	_____	_____	In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	_____	Anzahl gesamt (wird berechnet)	
	_____	Chefärzte	
	_____	Oberärzte	
	_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus	
	_____	Assistenzärzte in Weiterbildung	
Lehrkrankenhaus	☐ Ja		
	☐ Nein		
	☐ Universitätsklinik		
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei		
	☐ wird per E-Mail zugesendet		
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert		
	☐ nach DIN ISO		
	☐ nach KTQ		
	☐ nach anderem System	_____	

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Viszeralchirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Allgemeine Chirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Common Trunk	Name	_____
	Monate	_____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name	_____
	Monate	_____

Antrag Zertifikat CALGP - Leber // 1.1.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 2 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen der Leber



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CALGP und der DGAV sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenz- und Exzellenzzentrum mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs. 3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CALGP bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CALGP

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:

Chirurg/in 2 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CALGP

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen der Leber



7. Abteilungsorganisation

regelmäßige **Sprechstunden** für
Lebererkrankungen

Tag

Uhrzeit

Vorstellung onkologischer Patienten
in einem interdisziplinären
Tumorboard mit Dokumentation der
Teilnehmer und der gefassten
Beschlüsse

Tag

Uhrzeit

Durch Pathway festgelegtes
Management der Schmerztherapie

Ja ☐ Nein ☐

Zugang zu aktueller Literatur
(Internet, Journale, z.B. Langenbeck's
Archives of Surgery)

Ja ☐ Nein ☐

8. Diagnostische Voraussetzungen

Die Durchführung der nachfolgend genannten Diagnostik- bzw. Therapiemöglichkeiten ist an jedem Wochentag des
Jahres über 24 Stunden gewährleistet.

CT/MRT

☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Diagnostische Angiografie

☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Interventionelle Radiologie mit Erfahrungen in
leberspezifischen Interventionen (TACE, PTC,
RFA und Blutstillung)

☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Endoskopie einschließlich diagnostische und/
und therapeutische ERCP

☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Intraoperative Sonographie

☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Antrag-Zustellort: CALGP - Leber // 1/1/5

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 4 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen der Leber



9. Interdisziplinäre Kooperation

Im Falle einer externen Kooperation muss ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegen sowie der Name und die Anschrift des verantwortlichen Arztes angegeben werden.

Intensivmedizin

Name des leitenden/verantwortlichen Arztes

Zwei Gastroenterologen in Leitungs- bzw. Oberarztfunktion

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Intensivmedizin: Möglichkeit der Nierenersatztherapie vorhanden

Ja ☐ Nein ☐

Onkologie

Name des leitenden Arztes

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Zusammenarbeit mit

Lebertransplantationszentrum

(nur auszufüllen, wenn nicht im Hause selbst
Lebertransplantationen vorgenommen
werden. Der Name des Zentrums und des dort
verantwortlichen Arztes ist anzugeben)

Pathologie

Name und Anschrift

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Pathologie: Möglichkeit der Schnellschnittdiagnostik vorhanden ?

Ja ☐ Nein ☐



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen der Leber



10. Eingriffshäufigkeiten

	2014	2013
a) Interventionen(ERC, PTCD, TACE, PTC, RFA) (OPS: 5-513.2, -3, -4, -5 und -a bis -n, 5-514.23, -33, -43, -53, -b3, -c3, -d3, -g3, -h3, -k3, 5-517.*3; 8-836.9a-ka; 8-840.*a; 5-501.50, -53 und -6, 1-64)	50/ 75/ 75	
b) anatomische Leberresektionen (OPS: 5-502)	25/ 50/ 75	
c) davon (b.) Resektionen von 4 und mehr Segmenten (OPS: 5-502.1, 5-502.2; 5-502.3; 5-502.6)	5/ 15/ 30	
d) Hepaticusgabelresektionen (OPS: z. B. 5-502.3; 5-502.6)	-/ -/ 10	

11. Qualitätssicherung - TV30-Faktoren

1. Anzahl der Eingriffe, die als Tracerdiagnose bzw.-prozedur gelten: Resektionen lt. § 56, Abs. 1 Buchstaben b. bis d.		
2. TV30-Daten		
a) Anzahl der innerhalb von 30 Tagen post Op. eingetretenen Todesfälle		
b) Anzahl der Patienten, die länger als 30 Tage in der Klinik, in der der Eingriff erfolgte, gelegen haben (einschl. Intensivstation)		
3. Summe der Positionen 2a - 2b		
4. Anteil der Summe an den Patienten laut Position 1 (Sollwert: < 15 %)		



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen der Leber



12. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

13. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanden ist beim Audit vorzulegen.

14. Abgeschlossene Weiterbildungen der Abteilung innerhalb der letzten 3 Jahre

Anzahl

Eine Liste der Weitergebildeten ist beim Audit vorzulegen.

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum
für chirurgische Erkrankungen der Leber



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Kopien der Kooperationsverträge (Punkt 8)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Bitte nicht
verloren
gehen



Antrag

auf Anerkennung als

Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV),
vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für Adipositas-Therapie (CAADIP)



Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CAADIP - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §61-§68 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

Exzellenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
E-Mail-Adresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____	Im Krankenhaus
	_____	In der Abteilung
	2014	2013
Anzahl der in den zwei Referenzjahren stationär behandelten Patienten	_____	_____
	_____	Im Krankenhaus
	_____	In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	_____	Anzahl gesamt (wird berechnet)
	_____	Chefärzte
	_____	Oberärzte
	_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus
	_____	Assistenzärzte in Weiterbildung
Lehrkrankenhaus	☐ Ja	
	☐ Nein	
	☐ Universitätsklinik	
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei	
	☐ wird per E-Mail zugesendet	
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert	
	☐ nach DIN ISO	
	☐ nach KTQ	
	☐ nach anderem System	_____

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Viszeralchirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Allgemeine Chirurgie	Name	_____
	Monate	_____
Common Trunk	Name	_____
	Monate	_____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name	_____
	Monate	_____

Antrag-Zertifikat CAGBP // 1.1.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 2 von 10



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- § 5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- § 5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CAADIP und der DGAV sein.
- § 7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenz- und Exzellenzzentrum mind. drei Chirurgen benannt werden.
- § 5 Abs. 3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CAADIP bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CAADIP

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:

Chirurg/in 2 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CAADIP

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum
für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

7. Abteilungsorganisation

regelmäßige **Adipositas-Sprechstunden**

Tag

Uhrzeit

Regelmäßige Nachsorge aller
operierten Patienten kann
nachgewiesen werden

☐ Ja ☐ Nein

Zugang zu aktueller Literatur
(Internet, Journale, z.B. Obesity Surgery)

☐ Ja ☐ Nein



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

8. Interdisziplinäre Kooperationen

Im Falle einer externen Kooperation muss ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegen sowie der Name und die Anschrift des verantwortlichen Arztes angegeben werden.

Innere Medizin

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Ernährungsberatung

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Labor (24 h)

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Radiologie (24 h)

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Interventionelle Endoskopie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Intensivmedizin (Intensivstation)

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Physiotherapie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Psychologe / Psychosomatiker

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Zugang zu konservativen Behandlungsprogrammen (Optifast, Mobilis etc.)

- ☐ Ja
☐ Nein

Selbsthilfegrupp(en)

Antrag Zertifikat CAQ/DP // 11.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 5 von 10



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

9. Bauliche und materielle Ausstattung

Tragfähigkeit

Vollständige laparoskopische Einheit		☐ Ja	☐ Nein
OP-Tisch, min.	225 kg	☐ Ja	☐ Nein
Spezialbetten, bis Tragfähigkeit:	200 kg	☐ Ja	☐ Nein
Spezialstühle, bis Tragfähigkeit:	200 kg	☐ Ja	☐ Nein
Untersuchungsliegen, bis Tragfähigkeit:	200 kg	☐ Ja	☐ Nein
Spezialwaage, mind. bis	200 kg	☐ Ja	☐ Nein
Instrumente für offene OP (Retraktoren)		☐ Ja	☐ Nein
Rollstühle, bis Tragfähigkeit:	200 kg	☐ Ja	☐ Nein
Barrierefreie Dusche		☐ Ja	☐ Nein
Nachthemden, Unterwäsche in Spezialgrößen		☐ Ja	☐ Nein
Patientenlifter		☐ Ja	☐ Nein

10. Eingriffshäufigkeiten

	2014	2013
a) Gastric Banding (OPS: 5-448.c0-3)		
b) Magenbypass (OPS: 5-445.41, 5-445.51, 5-445.4)		
c) Sleeve Gastrektomie (OPS: 5-434.51)		
d) Biliopancreatic Diversion (BPD, OPS: 5-434.31)		
e) Biliopancreatic Diversion-Duodenal Switch (BPD-DS, OPS: 5-434.41, 5-434.61)		
f) Revisionsoperationen (ohne Portkorrekturen: OPS: 5-448.e2, 5-448.d2, 5-448.d0, 5-447.6-7, 5-467.5, 5-439, 5-445.30-31)		
g) Redoeingriffe (OPS: 5-447.6, 5-445.41, 5-445.51, 5-445.4, 5-434.31, 5-434.41, 5-434.61)		
h) Andere Eingriffe am Magen mit metabolischer Indikation (Magenschrittmacher/ Gastropilokatur; OPS: 5-449.n, 5-448.x2)		
Adipositas Operationen pro Jahr (Summe wird berechnet)	50/ 100/ 200	
Von den Eingriffsarten a bis h müssen im Kompetenzzentrum mindestens zwei, im Referenzzentrum mehr als zwei Formen vorgenommen worden sein.		

Antrag-Zertifikat CAGBP // 1.1.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 6 von 10



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

11. Prozess-Qualität

Die schriftliche Niederlegung der Arbeitsabläufe kann nachgewiesen werden

Indikation	Ja ☐	Nein ☐
Präoperative Diagnostik und Vorbereitung	Ja ☐	Nein ☐
Patienteninformation	Ja ☐	Nein ☐
Perioperative Anästhesie	Ja ☐	Nein ☐
Operativer Ablauf	Ja ☐	Nein ☐
Postoperativer Ablauf	Ja ☐	Nein ☐
Komplikationsmanagement	Ja ☐	Nein ☐
Nachsorgekonzept	Ja ☐	Nein ☐

12a. Qualitätssicherung

Lückenlose Dokumentation aller Adipositas-Operationen und Reeingriffe	Ja ☐	Nein ☐
interne Dokumentation der Nachsorge	Ja ☐	Nein ☐
Datenerfassung bei StuDoQ	Ja ☐	Nein ☐
Datenerfassung beim An-Institut Magdeburg	Ja ☐	Nein ☐
Wichtig: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten der QS-Studie an die SAVC übermittelt werden.	Ja ☐	Nein ☐

12b. TV30-Faktoren

b. TV30-Faktoren

- Anzahl der Tracerprozeduren (sämtliche Eingriffe nach § 66, Abs. 1. Buchstabe a. bis g. ZertO)

- TV30-Daten

 - Anzahl der innerhalb von 30 Tagen post Op. eingetretenen Todesfälle
 - Anzahl der Patienten, die länger als 30 Tage in der Klinik, in der der Eingriff erfolgte, gelegen haben (einschl. Intensivstation)
- Summe der Positionen 2a - 2b
- Anteil der Summe an den Patienten laut Position 1 (Sollwert: < 15 %)

Antrag Zertifikat CAQDIP // 11.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 7 von 10



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

13. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

14. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanden ist beim Audit vorzulegen.

15. abgeschlossene Weiterbildungen Ihrer Abteilung innerhalb der letzten 3 Jahre

Anzahl

Eine Liste der Weitergebildeten ist beim Audit vorzulegen.

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie

Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Kopien der Kooperationsverträge (Punkt 8)
- Kopie der Beschreibung der Arbeitsabläufe (Punkt 11)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.



Antrag auf Anerkennung als Kompetenz- oder Referenzzentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie (K-SD/NSD)

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV),
vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft Endokrine Chirurgie (CAEK)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CAEK - - -

SD/NSD

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §71-§78 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
Emailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann

Blatt 1 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz- oder Referenzzentrum für
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie



4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____	Im Krankenhaus	
	_____	In der Abteilung	
	2014	2013	
Anzahl der in den zwei Referenz- jahren stationär behandelten Patienten	_____	_____	Im Krankenhaus
	_____	_____	In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	_____	Anzahl gesamt (wird berechnet)	
	_____	Chefärzte	
	_____	Oberärzte	
	_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus	
	_____	Assistenzärzte in Weiterbildung	
Lehrkrankenhaus	☐ Ja		
	☐ Nein		
	☐ Universitätsklinik		
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei		
	☐ wird per E-Mail zugesendet		
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert		
	☐ nach DIN ISO		
	☐ nach KTQ		
	☐ nach anderem System	_____	

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Viszeralchirurgie	Name _____
	Monate _____
Allgemeine Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Common Trunk	Name _____
	Monate _____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name _____
	Monate _____



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz- oder Referenzzentrum für
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CAEK und der DGAV sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Exellenzzentren mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs. 3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CAEK bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung *Spezielle Viszeralchirurgie*
☐ Mitglied CAEK
☐ EBSQ "Endocrinology"

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen: _____

Chirurg/in 2 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung *Spezielle Viszeralchirurgie*
☐ Mitglied CAEK
☐ EBSQ "Endocrinology"

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen: _____



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz- oder Referenzzentrum für
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie



7. Abteilungsorganisation

Regelmäßige endokrinologische
Sprechstunden werden angeboten.

Tag
Uhrzeit

Zugang zu aktueller Literatur
(Internet, Journale, z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)

Ja ☐ Nein ☐

8. Diagnostische Verfahren

Perkutane Ultraschalluntersuchungsverfahren und intraoperatives
Neuromonitoring stehen zur Verfügung?

☐ Ja ☐ Nein

Intraoperative Parathormonschnellbestimmung ist möglich?

☐ Ja ☐ Nein

Die minimal-invasive Technik gehört bei Eingriffen an der Nebenniere zum
Standardrepertoire.

☐ Ja ☐ Nein

Die postoperative Laryngoskopie beim wachen und kooperativen Patienten ist
obligater Bestandteil

☐ Ja ☐ Nein



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz- oder Referenzzentrum für
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie



9. Interdisziplinäre Kooperation

Im Falle einer externen Kooperation muss ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegen sowie der Name und die Anschrift des verantwortlichen Arztes angegeben werden.

Innere Medizin/Endokrinologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Nuklearmedizin

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

HNO

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Onkologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Radiologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Strahlentherapie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Labormedizin

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Pathologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz- oder Referenzzentrum für
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie



10. Eingriffshäufigkeiten

	2014	2013
a) Operation bei Knotenstruma OPS: 5-061.0; 5-061.2; 5-062.1; 5-062.4-8; 5-063.0; 5-063.2; 5-064.1-3	120/ 120	
b) Operation bei Morbus Basedow OPS: 5-062.5; 5-062.8; 5-063.0; 5-063.2	10/ 10	
c) Operation bei benignem Strumarezidiv OPS: 5-062.6; 5-063.4	15/ 20	
d) Operation bei Schilddrüsenmalignom OPS: 5-063.0; 5-063.2; 5-063.4; 5-403.01-06	15/ 20	
e) Modifiziert radikale neck dissection (im Rahmen eines Eingriffes nach d.) OPS: 5-403.20-22	-/ 5	
f) Operation bei Hyperparathyreoidismus OPS: 5-066.0-1; 5-067.0-1; 5-077.3	5/ 25	

11. Qualitätssicherung

	2014	2013
Als Tracerprozedur ist die Op. bei Knotenstruma festgelegt.		
Anzahl der operierten Schilddrüsenseiten		
a) Häufigkeit passagerer Recurrensparesen: Anzahl der Recurrensparesen, bezogen auf Nerv at risk - bei Entlassung des Patienten. Darf 5% nicht übersteigen		
b) Häufigkeit permanenter Recurrensparesen: Anzahl der unter a) genannten Fälle, bei denen die Paresenach 6-12 Monaten fortbestand. Darf 50% nicht übersteigen		
c) Anzahl der revisionspflichtigen Nachblutungen Darf 2% nicht übersteigen		



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz- oder Referenzzentrum für
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie



12. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

13. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanden ist beim Audit vorzulegen.

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum Kompetenz- oder Referenzzentrum für
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunde/-ausweis (Punkt 6)
- Kopien der Kooperationsverträge (Punkt 9)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Wir bitten um Übersendung aller Anlagen in digitalisierter Form.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Bitte nicht
verloren



Antrag auf Anerkennung als Referenz- oder Exzellenzzentrum für Endokrine Chirurgie

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV),
vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft Endokrine Chirurgie (CAEK)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CAEK-EC - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §71-§78 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Referenzzentrum ☐

Exzellenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
Emailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann

Blatt 1 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Exzellenzzentrum für Endokrine Chirurgie



4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____	Im Krankenhaus	
	_____	In der Abteilung	
	2014	2013	
Anzahl der in den zwei Referenzjahren stationär behandelten Patienten	_____	_____	Im Krankenhaus
	_____	_____	In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	_____	Anzahl gesamt (wird berechnet)	
	_____	Chefärzte	
	_____	Oberärzte	
	_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus	
	_____	Assistenzärzte in Weiterbildung	
Lehrkrankenhaus	☐ Ja		
	☐ Nein		
	☐ Universitätsklinik		
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei		
	☐ wird per E-Mail zugesendet		
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert		
	☐ nach DIN ISO		
	☐ nach KTQ		
	☐ nach anderem System	_____	

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Viszeralchirurgie	Name _____
	Monate _____
Allgemeine Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Common Trunk	Name _____
	Monate _____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name _____
	Monate _____



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Exzellenzzentrum
für Endokrine Chirurgie



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CAEK und der DGAV sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Exzellenzzentren mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs. 3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CAEK bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung *Spezielle Viszeralchirurgie*
☐ Mitglied CAEK
☐ EBSQ "Endocrinology"

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen: _____

Chirurg/in 2 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung *Spezielle Viszeralchirurgie*
☐ Mitglied CAEK
☐ EBSQ "Endocrinology"

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen: _____



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Exzellenzzentrum
für Endokrine Chirurgie



7. Abteilungsorganisation

Regelmäßige endokrinologische
Sprechstunden werden angeboten.

Tag
Uhrzeit

Zugang zu aktueller Literatur
(Internet, Journale, z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)

Ja ☐ Nein ☐

8. Diagnostische Verfahren

Perkutane Ultraschalluntersuchungsverfahren stehen zur Verfügung

☐ Ja ☐ Nein

Intraoperatives Neuromonitoring steht zur Verfügung

☐ Ja ☐ Nein

Intraoperative Parathormonschnellbestimmung ist möglich

☐ Ja ☐ Nein

Intraoperative Ultraschalluntersuchung steht zur Verfügung

☐ Ja ☐ Nein

Die minimal-invasive Technik gehört bei Eingriffen an der Nebenniere zum
Standardrepertoire.

☐ Ja ☐ Nein

Die postoperative Laryngoskopie beim wachen und kooperativen Patienten ist
obligater Bestandteil

☐ Ja ☐ Nein



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Exzellenzzentrum
für Endokrine Chirurgie



9. Interdisziplinäre Kooperation

Im Falle einer externen Kooperation muss ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegen sowie der Name und die Anschrift des verantwortlichen Arztes angegeben werden.

Innere Medizin/Endokrinologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Nuklearmedizin

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

HNO

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Onkologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Radiologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Strahlentherapie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Labormedizin

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Pathologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Exzellenzzentrum
für Endokrine Chirurgie



10. Eingriffshäufigkeiten

	2014	2013
a) Operation bei Knotenstruma OPS: 5-061.0; 5-061.2; 5-062.1; 5-062.4-8; 5-063.0; 5-063.2; 5-064.1-3	120/ 200	
b) Operation bei Morbus Basedow OPS: 5-062.5; 5-062.8; 5-063.0; 5-063.2	10/ 20	
c) Operation bei benignem Strumarezidiv OPS: 5-062.6; 5-063.4	20/ 25	
d) Operation bei Schilddrüsenmalignom OPS: 5-063.0; 5-063.2; 5-063.4; 5-403.01-06	20/ 40	
e) Modifiziert radikale neck dissection (im Rahmen eines Eingriffes nach d.) OPS: 5-403.20-22	5/ 10	
f) Operation bei Hyperparathyreoidismus OPS: 5-066.0-1; 5-067.0-1; 5-077.3	25/ 40	
g) Operation bei Nebennierentumor oder Paragangliom OPS: 5-072.0-2; 5-071.0; 5-071.4	10/ 20	
h) Operation bei Tumoren des gastro-entero-pankreatischen Systems OPS: keine Festlegung erfolgt	5/ 20	

11. Qualitätssicherung

Als Tracerprozedur ist die Op. bei Knotenstruma festgelegt.

Anzahl der operierten Schilddrüsenseiten

- a) **Häufigkeit passagerer Recurrensparesen:**
Anzahl der Recurrensparesen, bezogen auf Nerv at risk - bei Entlassung des Patienten.
Darf 5% nicht übersteigen
- b) **Häufigkeit permanenter Recurrensparesen:**
Anzahl der unter a) genannten Fälle, bei denen die Parese nach 6-12 Monaten fortbestand.
Darf 50% nicht übersteigen
- c) Anzahl der revisionspflichtigen Nachblutungen
Darf 2% nicht übersteigen

2014	2013



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Exzellenzzentrum
für Endokrine Chirurgie



12. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

13. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanten ist beim Audit vorzulegen.

14. Abgeschlossene Weiterbildungen der Abteilung innerhalb der letzten 3 Jahre

Anzahl

Eine Liste der Weitergebildeten ist beim Audit vorzulegen.

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Exzellenzzentrum
für Endokrine Chirurgie



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunde/-ausweis (Punkt 6)
- Kopien der Kooperationsverträge (Punkt 9)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Wir bitten um Übersendung aller Anlagen in digitalisierter Form.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Bitte nicht
verloren



Antrag

auf Anerkennung als

Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV),
vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt (CAOGI)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CAOGI - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §81-§88 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

Exzellenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
Emailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann

Blatt 1 von 10



Antrag auf Anerkennung zum Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre



4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten		Im Krankenhaus	
		In der Abteilung	
	2014	2013	
Anzahl der in den zwei Referenz- jahren stationär behandelten Patienten			Im Krankenhaus In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals		Anzahl gesamt (wird berechnet)	
		Chefärzte	
		Oberärzte	
		Assistenzärzte mit Facharztstatus	
		Assistenzärzte in Weiterbildung	
Lehrkrankenhaus	☐ Ja ☐ Nein ☐ Universitätsklinik		
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei ☐ wird per E-Mail zugesendet		
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert ☐ nach DIN ISO ☐ nach KTQ ☐ nach anderem System		

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name Monate
Viszeralchirurgie	Name Monate
Allgemeine Chirurgie	Name Monate
Common Trunk	Name Monate
Zusatzbezeichnung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name Monate



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum
für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CAOIG und der DGAV sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenz- und Exzellenzzentrum mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs. 3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CAOIG bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CAOIG

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:

Chirurg/in 2 Name _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CAOIG

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum
für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre



7. Abteilungsorganisation

regelmäßige wöchentliche
Sprechstunden für chirurgische
Erkrankungen des oberen
Gastrointestinaltraktes

Tag

Uhrzeit

Vorstellung aller Patienten mit malignen
Erkrankungen in interdisziplinärer
Tumorkonferenz (Tumorboard).
Die Entscheidungen werden protokolliert und
sind bindend.

Schmerztherapie wird nach schriftlich
festgelegtem Pathway durchgeführt

Ja ☐ Nein ☐

Zugang zu aktueller Literatur
(Internet, Journale, z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)

Ja ☐ Nein ☐

8. Diagnostische Voraussetzungen

Die Durchführung der nachfolgend genannten Diagnostik- bzw. Therapiemöglichkeiten ist an jedem
Wochentag des Jahres über 24 Stunden gewährleistet.

CT/MRT

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Diagnostische Angiografie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Interventionelle Endoskopie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum
für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre



9. Interdisziplinäre Kooperation

Im Falle einer externen Kooperation muss ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegen sowie der Name und die Anschrift des verantwortlichen Arztes angegeben werden.

Gastroenterologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Onkologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Pathologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Strahlentherapie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Intensivmedizin

Name des leitenden/verantwortlichen Arztes

Antrag Zertifikat CAQS//1115

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 5 von 10



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum
für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre



10. Eingriffshäufigkeiten

2014 2013

10a. Diagnostische Eingriffe

a) Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	100/ 150/ 150		
b) Endosonographie	35/ 70/ 70		
c) Stentimplantation	5/ 10/ 10		
d) endoskopische Resektion	-/ +/ +		
e) Manometrie	-/ +/ +		
f) pH-Metrie	-/ +/ +		
g) Impedanzmessung	-/ +/ +		
h) Bilimetrie	-/ +/ +		

10b. Operative Eingriffe

a) Ösophagusresektionen bei Malignom (OPS: 5-426, 5-438)	15/ 25/ ≥ 35		
b) Sonstige Eingriffe am Ösophagus (OPS: 5-425, 5-422)	5/ 10/ 10		
c) Magenresektion oder Gastrektomie bei malignem Tumor (OPS: 5-436.3-5, 5-441, 5-437.3-5, 5-443.3, 5-424.2)	15/ 25/ ≥ 35		
d) Sonstige Eingriffe am Magen (OPS: 5-343, 5-435, 5-447, 5-448, 5-449)	5/ 10/ 10		
Summen von a. unc c.	≥ 35/ ≥ 50/ ≥ 100		



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum
für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre



11. Qualitätssicherung

Tracerdiagnosen sind die onkologische thorako-abdominale Ösophagektomie und die onkologische Gastrektomie.

a. TV30-Faktoren

1. Anzahl der Eingriffe, die als Tracerdiagnose bzw.-prozedur gelten:
Summe der Ösophagektomien und Gastrektomien

2. TV30-Daten
 - a) Anzahl der innerhalb von 30 Tagen post Op. eingetretenen Todesfälle

 - b) Anzahl der Patienten, die länger als 30 Tage in der Klinik, in der der Eingriff erfolgte, gelegen haben (einschl. Intensivstation)

3. Summe der Positionen 2a - 2b

4. Anteil der Summe an den Patienten laut Position 1 (Sollwert: < 15 %)

- b) Anzahl der Patienten, bei denen eine R1 oder R2-Resektion erfolgt ist

- c) Anzahl der Patienten, bei denen < 25 Lymphknoten entfernt worden sind

- d) Anzahl der revisionspflichtigen Nachblutungen - Darf 2% nicht übersteigen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass, so weit vorhanden, Klinikbezogene Daten zur QS im Zusammenhang mit den von der AG definierten Tracer-Diagnosen/-Prozeduren an die SAVC übermittelt werden.

☐ Ja ☐ Nein



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum
für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre



13. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

14. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanten ist beim Audit vorzulegen.

15. abgeschlossene Weiterbildungen Ihrer Abteilung innerhalb der letzten 3 Jahre

Anzahl

Eine Liste der Weitergebildeten ist beim Audit vorzulegen.

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz-, Kompetenz- oder Exzellenzzentrum
für Chirurgie des Magens und der Speiseröhre



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Bitte nicht
verloren



Antrag

auf Anerkennung als

Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Endoskopie

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für Endoskopie und Sonografie (CAES)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CAES - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung/Praxis des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §91-§98 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

Exzellenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus oder Name der Praxis	Straße, PLZ und Ort
Emailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Institution / Seit wann

Blatt 1 von 7



Antrag auf Anerkennung zum
Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Endoskopie



4a. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten

_____	Im Krankenhaus
_____	In der Abteilung

Anzahl der in den drei Referenz-
jahren stationär behandelten
Patienten

_____	_____	Im Krankenhaus
_____	_____	In der Abteilung

Anzahl des in der Abteilung tätigen
Personals

_____	Anzahl gesamt (wird berechnet)
_____	Chefärzte
_____	Oberärzte
_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus
_____	Assistenzärzte in Weiterbildung

Lehrkrankenhaus

☐ Ja
☐ Nein
☐ Universitätsklinik

Der aktuelle Qualitätsbericht des
Krankenhauses nach §137 SGB V

☐ liegt als CD bei
☐ wird per E-Mail zugesendet

Das Krankenhaus ist zertifiziert

☐ nicht zertifiziert
☐ nach DIN ISO
☐ nach KTQ
☐ nach anderem System _____

4b. Angaben: Praxis / niedergelassener Chirurg

Anzahl der in der Praxis tätigen Ärzte

Kooperierendes Krankenhaus

Kontaktperson im kooperierenden
Krankenhaus

Anzahl der in den drei Referenz-
jahren behandelten Patienten

_____	_____	ambulant
_____	_____	als Belegarzt



Antrag auf Anerkennung zum
Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Endoskopie



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §§ Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CAES und der DGAV sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenz- und Exzellenzzentren mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs.3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CAES bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung *Spezielle Viszeralchirurgie*
☐ Mitglied CAES
 höchstpersönlich durchgeführte Endoskopien Untersuchungen: _____ Interventionen: _____
☐ klinische Hospitation in anderem Endoskopiezentrum (*Nachweis bitte beilegen*)

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen: _____

Chirurg/in 2 Name: _____

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung *Spezielle Viszeralchirurgie*
☐ Mitglied CAES
 höchstpersönlich durchgeführte Endoskopien Untersuchungen: _____ Interventionen: _____
☐ klinische Hospitation in anderem Endoskopiezentrum (*Nachweis bitte beilegen*)

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen: _____



Antrag auf Anerkennung zum
Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Endoskopie



7. Apparative und diagnostische Verfahren

Endoskopieräume verfügbar	☐ Ja ☐ Nein
maschinelle Instrumentendesinfektion vorhanden?	☐ Ja ☐ Nein
EDV-Dokumentation vorhanden?	☐ Ja ☐ Nein
Endoskopie-Fachschwester/-pfleger vorhanden?	☐ Ja ☐ Nein
24h Endoskopie-Bereitschaftsdienst vorhanden?	☐ Ja ☐ Nein

8. Eingriffshäufigkeiten

a) Untersuchungen:

Gastroskopen (gesamt)	600/ 1500/ 4000		
Koloskopen (gesamt)			
EUS (oberer Gastrointestinaltrakt)			
EUS (unterer Gastrointestinaltrakt)			
Bronchoskopen			
Intraoperative Gastroskopen			
Intraoperative Koloskopen			
Summe (wird berechnet)			

b) Interventionen:

Gastrointestinale Blutstillungen	150/ 350/ 500		
Polypektomien			
Mucosaresektionen			
Bougierungen/Dilatationen			
PEG/PEJ			
Stenteinlagen			
Endoskopische geführte Tracheotomien			
Fremdkörperentfernungen			
Fistelklebungen			
Sonstige			
Summe (wird berechnet)			

Die für die genannten Eingriffe gültigen OPS-Ziffern finden sich im Anhang unter Nr. C 6 (OPS-Ziffern für die chirurgische Endoskopie).

Antrag-Zustellort: CSES / 11.5

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 4 von 7



Antrag auf Anerkennung zum
Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Endoskopie



9. Abteilungsorganisation

Zugang zu aktueller Literatur
(Internet, Journale, z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)

Ja ☐ Nein ☐

10. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

11. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanten ist beim Audit vorzulegen.

12. Abgeschlossene Weiterbildungen der Institution innerhalb der letzten 3 Jahre

Anzahl

Eine Liste der Weitergebildeten ist beim Audit vorzulegen.

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum
Kompetenz-, Referenz- oder Exzellenzzentrum für chirurgische Endoskopie



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel) **Leiter Med.-Controlling** - Unterschrift & Stempel
(im Krankenhaus)

Name des Antragstellers **Name des Leiters Med.-Controlling**
(im Krankenhaus)

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Blaue nicht
verwenden



Antrag

auf Anerkennung als

Kompetenz- oder Referenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für
Onkologie (CAO-V)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Frage 1 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CAO-V-P - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §101-§108 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular für das gewählte Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahl eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
Emailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Abteilung / Seit wann

Blatt 1 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums



4. Angaben zum Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____	Im Krankenhaus
	_____	In der Abteilung
Anzahl der in den zwei Referenz- jahren stationär behandelten Patienten	_____	Im Krankenhaus
	_____	In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	_____	Anzahl gesamt (wird berechnet)
	_____	Chefärzte
	_____	Oberärzte
	_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus
	_____	Assistenzärzte in Weiterbildung
Lehrkrankenhaus	☐ Ja	
	☐ Nein	
	☐ Universitätsklinik	
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei	
	☐ wird per E-Mail zugesendet	
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ nicht zertifiziert	
	☐ nach DIN ISO	
	☐ nach KTQ	
	☐ nach anderem System	_____

5. Weiterbildungsbefugnis laut zuständiger Ärztekammer

Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Viszeralchirurgie	Name _____
	Monate _____
Allgemeine Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Common Trunk	Name _____
	Monate _____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name _____
	Monate _____

Antrag-Zustellort: GAO-V // 02.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 2 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CAO-V, der Organgruppe Peritoneum und der DGAV sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenzzentren mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs.3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CAO-V bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name

- ☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CAO-V
☐ Mitglied Organgruppe Peritoneum

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:

Chirurg/in 2 Name

- ☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CAO-V
☐ Mitglied Organgruppe Peritoneum

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums



7. Abteilungsorganisation

Regelmäßige Sprechstunden für Patienten mit peritonealen Erkrankungen.

Tag

Uhrzeit

Alle Patienten werden in einem **interdisziplinären Board** vorgestellt. Min. je ein entscheidungsbefugter Chirurg, Gastroenterologe, Onkologe und Radiologe nehmen teil.

☐ Ja

☐ Nein

Eine **interdisziplinäre spezialisierte Schmerztherapie** ist organisiert.

☐ Ja

☐ Nein

Zugang zu aktueller Literatur (Internet, Journale, z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)

☐ Ja

☐ Nein

8. Diagnostische Voraussetzungen

Die Durchführung der nachfolgend genannten Diagnostik- bzw. Therapiemöglichkeiten ist an jedem Wochentag des Jahres über 24 Stunden gewährleistet.

Computertomografie

☐ Ja

☐ Nein

Kernspintomografie

☐ Ja

☐ Nein

Anlage einer CT gesteuerten perkutanen Drainage

☐ Ja

☐ Nein

interventionellen Radiologie

☐ Nein

☐ Ja

Möglichkeit der intraoperativen hyperthermen intraperitonealen Chemotherapie (HIPEC).

☐ Ja

☐ Nein

Spezielle Pumpe zur Durchführung der HIPEC vorhanden

☐ Ja

☐ Nein



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums



9. Interdisziplinäre Kooperationen

Im Falle einer externen Kooperation muss ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorliegen sowie der Name und die Anschrift des verantwortlichen Arztes angegeben werden.

Gastroenterologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Gynäkologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

internistische Onkologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Onkologie

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Pathologie

(Intraoperative Schnellschnitte sind möglich)

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

Intensivmedizinische Abteilung

(mit Möglichkeit einer Nierenersatztherapie)

- ☐ Eigenleistung des Krankenhauses
☐ Kooperation

9. Eingriffshäufigkeiten

parietale und viszerale Peritonektomien mit HIPEC
(OPS 8-546.0)

15/
30

Interdisziplinäre Evaluation von Patienten mit Peritonealkarzinose

50/
75

Antrag Zertifikat CAO-V/12115

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 5 von 9



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums



11. Qualitätssicherungsverfahren

☐ Bisher keine Datenerfassung

a. Datenerfassung

Die Daten der in den Referenzjahren wegen Peritonealkarzinose behandelten Patienten werden im HIPEC-Register der DGAV erfasst:

☐ Ja ☐ Nein

Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die Daten von der SAVC GmbH erfasst und an die DGAV weitergegeben werden dürfen.

☐ Ja ☐ Nein

b. TV30-Faktoren

1. Zahlen der wegen Peritonealkarzinose behandelten Patienten

2. TV30-Daten

a) Anzahl der innerhalb von 30 Tagen post Op. eingetretenen Todesfälle

b) Anzahl der Patienten, die länger als 30 Tage in der Klinik, in der der Eingriff erfolgte, gelegen haben (einschl. Intensivstation)

3. Summe der Positionen 2a - 2b

4. Anteil der Summe an den Patienten laut Position 1 (Sollwert: < 15 %)



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums



12. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

a. Anzahl der Studien *

b. Anzahl der Publikationen *

13. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *

Anzahl:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtteilnehmerzahl:

b. Anzahl der Hospitationen

Eine Liste der Hospitanden ist beim Audit vorzulegen.

* Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für chirurgische Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Kopien der Kooperationsverträge (Punkt 9)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling (Unterschrift & Stempel)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.

Bitte nicht
verloren



Antrag

auf Anerkennung als

Kompetenz- oder Referenzzentrum für Hernienchirurgie

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für Hernienchirurgie (CAH)

Zur weiteren Bearbeitung ist die
Beantwortung der
Fragen 1 und 2 erforderlich!

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

CAH - - -

1. Hinweise für den Antragsteller

Der Antragsteller stimmt der Veröffentlichung der folgenden Daten auf der DGAV-/SAVC-Webseite zu:

- Zertifizierungsstatus
- Name des Antragstellers
- Klinik und Abteilung/Praxis des Antragstellers

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte anonymisieren Sie alle Patientendaten im Antragsformular und den mitgesendeten Unterlagen.

Grundlage des Antrages sind die Paragraphen §1-§19 und §111-§118 der Zertifizierungsordnung der DGAV in der aktuellen Fassung.

Alle Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.savc.de/zertifizierungen

☐ Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen.

2. Gewünschtes Zentrum auswählen

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus.

Durch die folgende Auswahl wird das Formular dem gewählten Zentrum angepasst.

So werden z. B. die geforderten OP-Zahlen eingeblendet und nicht benötigte Angaben gesperrt.

Kompetenzzentrum ☐

Referenzzentrum ☐

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Abteilung und Krankenhaus oder Name der Praxis	Straße, PLZ und Ort
Emailadresse		Funktion des Antragstellers in dieser Institution / Seit wann

Antrag Zertifizierung CAH // 11.15

Blatt 1 von 8



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie



4a. Angaben: Krankenhaus und der Abteilung

Anzahl der Betten	_____	Im Krankenhaus
	_____	In der Abteilung
	2014	2013
Anzahl der stationär behandelten Patienten (in den zwei Referenzjahren)	_____	Im Krankenhaus
	_____	In der Abteilung
Anzahl des in der Abteilung tätigen Personals	Anzahl: _____	Gesamt (wird berechnet)
	_____	Chefärzte
	_____	Oberärzte
	_____	Assistenzärzte mit Facharztstatus
	_____	Assistenzärzte in Weiterbildung
Lehrkrankenhaus	☐ Ja	☐ Nein ☐ Universitätsklinik
Der aktuelle Qualitätsbericht des Krankenhauses nach §137 SGB V	☐ liegt als CD bei	
	☐ wird per E-Mail zugesendet	
	☐ keine Zertifizierung	
Das Krankenhaus ist zertifiziert	☐ DIN nach ISO	
	☐ nach KTQ	
	☐ anderem System nach	

4b. Angaben: Praxis / niedergelassener Chirurg

	2014	2013
Anzahl der behandelten Patienten (in den zwei Referenzjahren)	_____	_____
		ambulant als Belegarzt
Anzahl der in der Praxis tätigen Ärzte	_____	
Kooperierendes Krankenhaus	_____	
Kontaktperson im kooperierenden Krankenhaus	_____	

5. Weiterbildungsbefugnis der zuständigen Ärztekammer

Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Viszeralchirurgie	Name _____
	Monate _____
Allgemeine Chirurgie	Name _____
	Monate _____
Common Trunk	Name _____
	Monate _____
Zusatzweiterbildung „spezielle Viszeralchirurgie“	Name _____
	Monate _____

Antrag-Zustellort: CHH // 11.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 2 von 8



Antrag auf Anerkennung zum Referenz- oder Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie



6. Anerkannte Chirurgen nach §§ 5 bis 7 und deren Qualifikationsnachweise

Nach § 5 der Zertifizierungsordnung wird das Zentrum von **anerkannte Chirurgen** repräsentiert.

Bitte beachten Sie die folgenden Paragraphen in der aktuellen Zertifizierungsordnung:

- §5 Abs. 2: Bitte legen Sie Kopien der Fortbildungsurkunden bei.
- §5 Abs. 4: Die anerkannten Chirurgen müssen Mitglied CAH und der DGAV oder DHG sein.
- §7: In Kompetenzzentren müssen mind. zwei, in Referenzzentren mind. drei Chirurgen benannt werden.
- §5 Abs.3: Die anerkannten Chirurgen müssen pro Jahr mind. 16 Fortbildungspunkte erwerben
 1. Die anerkannten Veranstaltungen werden durch den Vorstand der CAH bestimmt und auf der Webseite veröffentlicht
 2. Es können nur Veranstaltungen mit vollständigen Angaben berücksichtigt werden.
 3. Die Teilnahmeurkunden der Fortbildungsveranstaltungen müssen in Kopie (Scan) beigelegt werden.

Chirurg/in 1 Name

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CAH
☐ Mitglied DHG MG-Nummer:

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:

Chirurg/in 2 Name

☐ Facharzt Viszeralchirurgie
 ☐ DGAV-Mitglied
☐ Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie
 ☐ Mitglied CAH
☐ Mitglied DHG MG-Nummer:

Fortbildung (1)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung (2)

Veranstaltung: _____
 Veranstalter: _____
 Ort: _____ Datum: _____ Punkte: _____

Fortbildung für diesen Chirurgen hinzufügen:



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz- oder Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie



7. Abteilungsorganisation

Regelmäßige Sprechstunden für
Patienten mit Hernien werden
angeboten.

Tag

Uhrzeit

Die Möglichkeit des ambulanten
Operierens besteht?

- ☐ Ja
☐ Nein

Ein Behandlungspfad für die
postoperative Schmerzbehandlung
liegt vor?

- ☐ Ja
☐ Nein

Eine Morbiditätskonferenz findet
mindestens 1x pro Monat mit
Dokumentation der Teilnehmer-
namen und der Ergebnisse statt.

- ☐ Ja
☐ Nein

Zugang zu aktueller Literatur
(z.B. Langenbeck's Archives of Surgery)

- ☐ Ja
☐ Nein

8. Diagnostische Voraussetzungen

Ultraschalluntersuchung

- ☐ Ja
☐ Nein

Die ärztliche Kompetenz für die
Ultraschalluntersuchungen gem. §
114 Abs. 2 ist gegeben.

- ☐ Ja
☐ Nein

9. Interdisziplinäre Kooperation

Im Fall einer externen Kooperation bitte den Namen und die Anschrift des Kooperationspartners nennen.

Plastische Chirurgie

- ☐ Eigenleistung der Institution
☐ Kooperation

Name und Abteilung des leitenden Arztes oder
Name und Anschrift des(r) kooperierenden Arztes/Praxis



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz- oder Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie



10. Eingriffshäufigkeiten

	2014	2013
a. Gesamtzahl der operierten Hernien (OPS 5-53*)	200/ 250	
b. davon: Narbenhernien (OPS 5-536*)	30/ 50	
c. davon: komplexe Hernien (z. B. Parastomale Hernien, Komponentenseparation u.a.)	-/ 5	
d. Zwerchfellhernien (OPS 5-538*)	-/ 5	
e. Anzahl der Patienten mit simultaner Operation beidseitiger Leistenhernie		
f. Anzahl der Patienten mit operierter Rezidivleistenhernie		
g. Anzahl der Patienten mit operierter Rezidivnarbenhernie		

11. Qualitätssicherung

Ein Gütesiegel des Herniamed-Registers liegt vor

☐ Ja ☐ Nein

Die Verpflichtung zur vollständigen Erfassung aller Hernieneingriffe im Register Herniamed wurde zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

☐ Ja ☐ Nein

Die Untersuchungen ein Jahr post Op. Gem. § 117, Abs. 3 über einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten sind erfolgt und in Herniamed dokumentiert.

☐ Ja ☐ Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass, klinik-/praxisbezogene Daten zur QS im Zusammenhang mit den von der AG definierten Tracer-Diagnosen/-Prozeduren an die SAVC übermittelt werden.

☐ Ja ☐ Nein

Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation

2014 2013

Anzahl der Patienten mit Reoperation bei Leistenhernie innerhalb von 30 Tagen post op.

Anzahl der Patienten mit Reoperation bei Narbenhernie innerhalb von 30 Tagen post op.

Anzahl der Patienten mit Reoperation wegen Infektion nach offener Operation.

Anzahl der Patienten mit Reoperation wegen Infektion nach laparoskopischer Operation.

Antrag Zertifikat CAH // 11.15

Antragsteller
Abteilung
Ort

Blatt 5 von 8



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz- oder Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie



12. Wissenschaftliche Aktivitäten Ihrer Abteilung

	2014	2013
a. Anzahl der Studien *		
b. Anzahl der Publikationen *		

13. Fortbildungsaktivitäten Ihrer Abteilung

a. Fortbildungsveranstaltungen *	Anzahl:		
	Gesamtpunktzahl:		
	Gesamtteilnehmerzahl:		
b. Anzahl der Hospitationen			
Eine Liste der Hospitanden ist beim Audit vorzulegen.			

*** Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Studien, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen im Anlagen-Formular:**

www.dgav.de/savc/anlage



Antrag auf Anerkennung zum
Referenz- oder Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie



Bitte fügen Sie folgende Anlagen in digitaler Form bei:

- Struktur des Gesamtkrankenhauses und der Chirurgischen Abteilung (Punkt 4)
- Kopie der Ärztekammerurkunden/-ausweis (Punkt 6)
- Kopien der Kooperationsverträge (Punkt 9)
- Den letzten Qualitätsbericht des Krankenhauses in elektronischer Form

Bitte beachten Sie die letzte Seite.

Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum, Ort

Datum, Ort

Antragsteller (Unterschrift & Stempel)

Leiter Med.-Controlling - Unterschrift & Stempel
(im Krankenhaus)

Name des Antragstellers

Name des Leiters Med.-Controlling
(im Krankenhaus)

Der Antragsteller erhält nach formeller Prüfung der Antragsunterlagen eine Eingangsbestätigung der SAVC GmbH und eine Rechnung über die Zertifizierungsgebühr. Nach Zahlungseingang dieser Gebühr auf dem Konto der SAVC GmbH wird der Antrag weiter bearbeitet.



Anlagen

zum Antrag auf Anerkennung als zertifiziertes Zentrum

der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaften

Antragsnummer

Bitte frei lassen! Feld wird von der SAVC ausgefüllt

 - -

Bitte füllen Sie die im Antrag geforderten Abschnitte aus.

Inhalt:

Anlage zur Dokumentation Ihrer **Studien**

Seite 2

Anlage zur Dokumentation Ihrer **Publikationen**

Seite 3

Anlage zur Dokumentation Ihrer **Fortbildungsaktivitäten für Dritte**

Seite 4

3. Angaben zum Antragsteller

Antragsteller	Klinik und Krankenhaus	Straße, PLZ und Ort
Emailadresse		

Anlage "Studien"



1. Studie

Die Studie kann nur berücksichtigt werden, wenn auf diesem Blatt sämtliche Zeilen ausgefüllt sind

Name der Studie:

Registrierungs-ID

Evidenzniveau
(vgl. §2 Abs. 8 ZertO)

Name des verantwortlichen Studienleiters und
Institution (Klinik / Organisation):

Anzahl der von der eigenen Klinik in die Studie
eingebrachten Patienten:

Ist die Studie abgeschlossen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, mit welchem Datum:

Wenn ja, wo ist die Studie publiziert:

weitere Studie

entferne Studie

Antragsteller
Klinik
Ort

Blatt 2 von 5



Anlage "Publikationen"



1. Publikation

Titel:	
Autoren:	
Zeitschrift, Jahrgang, Bandnummer, Seitenzahl:	

weitere Publikation

entferne Publikation

Muster

Antragsteller
Klinik
Ort

Anlage "Fortbildungsaktivitäten"



Es können nur solche Veranstaltungen berücksichtigt werden, bei denen sämtliche Zeilen und Spalten ausgefüllt sind.

1. Fortbildungsaktivität für Dritte

Datum:		Zahl Fortbildungspunkt:		Anzahl der Teilnehmer:	
Thema:					
zertifizierende Ärzttekammer:					

Programme bitte beifügen!

weitere FB-Aktivität

entferne FB-Aktivität

Antragsteller
Klinik
Ort

Blatt 4 von 5

IX. Kontakt



Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.
Haus der Bundespressekonferenz
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

www.dgav.de



SAVC GmbH
Servicegesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Haus der Bundespressekonferenz
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

www.savc.de

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

DGfE – deutsche Gesellschaft für Epileptologie

18.08.2019

Zu § 1

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht	Ambulante Leistungen sollten als Zentrumsaufgabe gezählt werden. Die Formulierung „Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.“ (S.13) widerspricht einer Vielzahl von Vorgaben über Sprechstundenangebote im selben Text wie auch der Zentrierung der Landesvorgaben zu Zentren seltener Erkrankungen auf die ambulante Patientenversorgung.	Epilepsien und viele andere chronische Erkrankungen bedürfen einer spezialisierten ambulanten Versorgung

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Wichtig wäre, dass die Mindestzahl von 5000 Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung (S. 21) sich nicht auf Epilepsiezentren alleine sondern ggf. auf Klinika bezieht, die mehrere seltene Erkrankungen versorgen	Epilepsiezentren sind unter sonstige geführt. . Die meisten Epilepsiezentren versorgen weniger als 5.000 Patienten pro Jahr

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) e.V.
16.9.2019

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Alternativvorschlag GKV-SV Anlage VIII - Nephrologische Zentren	Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von nephrologischen Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das nephrologische Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als nephrologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan sollte vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein.	Die DGfN unterstützt den Alternativvorschlag des GKV-SV nachhaltig und hält diesen für sehr wichtig. Die Zahl der Nierenpatienten steigt kontinuierlich. Derzeit kann davon ausgegangen werden, dass 8-15% der Normalbevölkerung eine Nierenerkrankung haben. Spezialisierte Zentren sind deshalb notwendig, weil nur so garantiert werden kann, dass Patienten mit Notwendigkeit auch alle Möglichkeiten angeboten werden (insbesondere Nierentransplantation und Peritonealdialyse). Während die Versorgung mit Hämodialyse in Deutschland sehr gut organisiert ist, müssen für die beiden anderen Verfahren Defizite festgestellt werden. Nur nephrologische Zentren können, für die durch diese organisierten Netzwerke, in der Fläche einen breiten Zugang zu den weiteren Nierenersatzverfahren ermöglichen. Aus Sicht DGfN sollte noch eine Analyse erfolgen, wieviele Nephrologische Zentren in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesen sind und wo. Erst wenn diese Informationen vorliegen kann sichergestellt werden, ob diese von der Anzahl ausreichen. Deshalb erfolgte die Änderung zu „sollte“.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Besondere Aufgaben	1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Ein großer Teil der nephrologischen Versorgung erfolgt ambulant. Deshalb Ergänzung um „ambulant“.
§ 2 Besondere Aufgaben	2.Nephrologisches Register: die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers.	Zahlreiche Daten werden über die Qualitätssicherung erfasst, welche jetzt auch sektorenübergreifend erfolgen. Deshalb müsste im Jahr 2020 dieser Punkt noch einmal diskutiert werden.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie

17.09.2019

Zu § 1

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage III des Beschlussentwurfs BAZS	Spezialisierung einer Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt (b) - nachweisbare Erfahrung in der Durchführung der folgenden mikrochirurgischen Techniken: Revaskularisation, Replantation Lappenchirurgie und Nervennaht und	Sämtliche unter (b) genannten OP-Techniken gehören zur Mikrochirurgie.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage III des Beschlussentwurfs BAZS	Spezialisierung einer Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt (d) Teilnahme am Handtraumaregister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie	Begründung ist analog zum Traumaregister der DGU zu führen
Anlage III des Beschlussentwurfs BAZS	Spezialisierung einer Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt (e) Zertifizierung als Hand Trauma Center der FESSH	Diese Zertifizierung definiert die Minimalkriterien einer Behandlungseinheit, die vorhanden sein müssen um einen 24-stündigen Handtrauma- und Replantationsdienst vorhalten zu können. Diese Kriterien wurden von der FESSH definiert und von der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie modifiziert..

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie

Datum: 17.9.2019

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§3 Abs 2	(2) Eine überörtliche und eine krankenhaushübergreifende Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe a SGB V zeichnet sich aus durch eine besondere Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern. Das Krankenhaus gestaltet die Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und organisiert zum Beispiel fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen.	Eine Prozessverantwortung für Kooperation mit anderen Leistungserbringern kann nicht so eingefordert werden, da die externen Leistungserbringer nicht weisungsgebunden sind. Deswegen ist die Formulierung der DKG sinnvoller

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§3 Abs 7	LV: Sofern die Länder bereits vor Inkrafttreten des G-BA Beschlusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136 c Absatz 5 SGB V (Zentrums- Regelungen) einem Zentrum besondere Aufgaben zugewiesen haben, sind die Vorgaben des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben vom Krankenhaus innerhalb von drei Jahren vollständig zu erfüllen. DKG Sofern die Länder bereits vor Inkrafttreten des G-BA Beschlusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums- Regelungen) einem Zentrum besondere Aufgaben zugewiesen haben und Zentrumzuschläge vereinbart wurden, sind die Qualitätsanforderungen des G-BA vom Krankenhaus innerhalb von ~~zwei~~	Die Frist für die Erfüllung aller Kriterien sollte nicht wie von der DKG vorgesehen aus 2 sondern auf 3 Jahre gesetzt werden, da teilweise hier Personalfragen berührt werden und die Personalbeschaffung im Gesundheitsbereich längerer Fristen bedürfen wird.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Jahren vollständig zu erfüllen.	
§ 4 Abs 1		Die Investition und der Betrieb eines klinischen Krebsregisters ist teuer bzw. personalintensiv. Dieses hat mit der unmittelbaren Patientenversorgung nicht direkt zu tun und muss gesondert vergütet werden.
§ 4 Abs 3		Behandlungen werden zunehmend in den ambulanten Bereich verlagert, was bei entsprechender Achtsamkeit sehr im Sinne des Patienten ist. Es wäre nicht sinnvoll eine scharfe Grenze zwischen den Sektoren in einem solche Gesetz bewußt zu betonieren. Besondere Aufgaben sollten somit auch bei Erbringung im ambulanten Sektor anerkannt werden, so sie nicht anderweitig vergütet werden.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§5 Abs 2 GKV-SV/KBV	Änderungsvorschlag: (2) Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt. Die Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG ergänzend, wird ein Lungenkrebszentrum als Teil des Standorts eines Onkologischen Zentrums betrachtet, auch wenn der Abstand zwischen den Gebäuden dieses Standorts mehr als 2000m beträgt. <u>Dies gilt auch für das Kopf-Hals-Tumorzentrum, wenn bei vorhandener HNO-Hauptabteilung mit entsprechendem Mindestzahlnachweis von neu diagnostizierten Kopf-Hals-Malignomen keine MKG-Hauptabteilung vor Ort ist, aber eine MKG-Praxis mit Nachweis onkologischer Kompetenz eingebunden werden kann.</u>	Die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs und Kopf-Hals-Tumoren macht die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen notwendig. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren im besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie oder auch Palliativmedizin. Gleichzeitig findet, historisch aus den früheren Tuberkulose-Kliniken entstanden, die Betreuung der Lungenkrebspatienten häufig in eigenständigen Gebäudekomplexen statt, die mehr als 2000m von den anderen Gebäuden des Standorts entfernt liegen. Dies gilt auch für Kopf-Hals-Tumorzentren mit ausgewiesener HNO-Fachabteilung ohne entsprechende MKG-Hauptabteilung vor Ort. Um die Ausbildung von Doppelstrukturen zu vermeiden und die sinnvollen Synergien zwischen den onkologisch tätigen Fachdisziplinen eines Onkologischen Zentrums zu fördern, ist für die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs die Abstandsbegrenzung (2000m lt. Vereinbarung über die Definition von Standorten, Stand 29.08.2017) auszusetzen.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§5 Abs 2	Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß § KHG zugrunde gelegt. <u>Für Kopf-Hals-Tumorzentren der DKG ist bei Mehrstandortigkeit des Zentrums bezüglich der Kooperationspartner HNO und MKG im Rahmen der Zertifizierung individuell die Kooperation mit Blick auf datentechnische Vernetzungen und einer PKW-Fahrstrecke von max. 30 Minuten auf ihre reale Möglichkeit hin zu überprüfen.</u>	Mehrstandortigkeit sollte für Kopf-Hals-Tumorzentren mit Augenmass definiert und zugelassen sein und sich angesichts der Möglichkeiten der datentechnischen Vernetzung und Videomöglichkeiten im Sinne der Telemedizin an diesen etablierten Strukturen und Verkehrszeiten orientieren. Hier erscheint die Definition zwischen S-GKV und DKG aus 2017 nicht aktuell und auf diese Zentren-Definition anwendbar (max. 2:000 m). Besonders für die Kopf-Hals-Tumorzentren besteht das Problem, dass seitens der Deutschen Krebsgesellschaft eine Kooperation zwischen HNO-Heilkunde und MKG-Chirurgie zwingend ist. Es gibt in Deutschland deutlich weniger MKG-Chirurgie-Abteilungen entsprechenden Spektrums als HNO-Abteilungen. Die reale Versorgung wird traditionell für entsprechende Tumorentitäten des Kopf-Hals-Bereiches durch HNO-Abteilungen erbracht. Um diese Leistungen im Rahmen eines Zentrums fortführen zu können, müssen MKG-Abteilungen als Kooperationspartner gewonnen werden. Es ist nach dem oben Gesagten unvermeidlich, dass solche MKG-Abteilungen weiter als 2000 m entfernt sein können. Die hier genannten Kriterien sind schärfer als die bewährten Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§5 Abs 3	Eine Fachabteilung liegt vor, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: 1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses. 2. angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.	Es ist nicht sinnvoll, alle Strukturen 24/7 vorhalten zu wollen. Sozialarbeit, Psychoonkologie, Pathologie, Humangenetik, spezielles Labor muss vorhanden aber nicht 24/7 vorhanden sein. Klinische Fächer, die der unmittelbaren Versorgung dienen müssen 24/7 verfügbar und einsatzbereit sein. 24/7-Dienste für alles erfordern Personalressourcen, die absehbar in Zukunft nicht mehr verfügbar sein werden. Die 24/7-Verfügbarkeit muss auf Facharztniveau nur für unmittelbare bettenführende Abteilungen und Abteilungen der Notfallversorgung gefordert werden. Durch Vertreterregelungen gleicher Kompetenz müssen Kontinuitäten auch bei Urlaub, Dienstreise und Krankheit sichergestellt sein.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu Zentrum „Seltene Erkrankungen“	(1) Eine seltene Erkrankung im Sinne dieser Regelung ist definiert als eine Krankheit, die nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen betrifft. Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren), welche die nachfolgenden Mindestanforderungen erfüllen: (2)	Für ein Zentrum „Seltene Erkrankungen“ wäre die HNO nicht Zentrums-führend „Referenzzentrum, Typ A“ sondern ein Kooperationspartner „integriertes Fachzentrum, Typ B“. Zentrumsführend wären sinnvollerweise Innere Medizin und/oder Pädiatrie. Die HNO-Fachgesellschaft wird allen Mitgliedern empfehlen im Rahmen entstehender Zentren für seltene Erkrankungen die Kooperation anzubieten.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		Studienpersonal, Registerinvestitionen, Erstellung und Aktualisierung eines Atlas etc. einmalig und personell laufend müssen finanziert werden.
	(4) Mindestfallzahlen 1. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt.	5.000 Patienten pro Jahr an einem Zentrum für seltene Erkrankungen dürfte unrealistisch sein. Damit würde das deutsche Netz so grobmaschig, dass es für Patienten weite Anreisen erzeugt. Wenn man seltene Erkrankungen auf 5 pro 10.000 definiert, wäre ein solches Zentrum rechnerisch für mindestens 10 Millionen Einwohner möglich. So in ganz Deutschland maximal 8 Zentren??
		All die geforderten Zentrums-spezifischen Leistungen und Vorhaltungen müssen strukturell und personell finanziert werden und können nicht aus dem Bestand geleistet werden. Finanzierung auf Nachweis mit Blick auf die geforderten Strukturen und Leistungen, soweit sie nicht eindeutig DRG-finanziert sind.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Onkologische Zentren	Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.	Die 24/7-Verfügbarkeit eines Pathologen ist nicht sinnvoll und wird auch in Zukunft mit Rufbereitschaften nicht leistbar sein, da Nachwuchs fehlt.
	Das Zentrum/Schwerpunkt verfügt über ein überörtliches Einzugsgebiet (der Anteil der onkologischen Patientinnen und Patienten, die über 60 PKW- Minuten bis zum Krankenhaus zurücklegen, liegt bei 10 Prozent gemessen an der Summe der onkologischen Patientinnen und Patienten im Kalenderjahr).	Die Zentrumsdefinition über 10% der Patienten mit einer Anreise von > 60 PKW-Minuten ist sinnlos. In Ballungsräumen werden sich Zentren nicht so definieren können.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten oder Erbringung von mindestens 25 Fällen mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des onkologischen Zentrums (OPS-Kode 8-98e)	Die notfallmäßige palliativmedizinische Versorgung ist eine schlechte Definition Sinnvoller die Definition von 25 Fällen nach OPS-Definition oder der DKG-Vorschlag einfach nur der Nachweis einer palliativmedizinischen Abteilung mit entsprechender Qualifikation, Vertreter-Regelungen und entsprechenden stationären Möglichkeiten. (Anlehnung an die Regelungen der Dt. Krebsgesellschaft)
	3.a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und 4.b) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa	Bezüglich Leitlinien-Tätigkeit ist die DKG-Definition sinnvoller. Es entstehen sonst riesige rein formale LL-Gruppen wegen einer solchen Bestimmung, die nicht arbeitsfähig sind.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.	Bezüglich der Einbindung von Vertragsärzten in Tumorkonferenzen muss die Möglichkeit nachweislich angeboten werden. Eine Bedingung kann nicht so definiert werden, da Vertragsärzte nicht dazu gezwungen werden können.
		Für Mindestzahlen sollten die Kriterien der DKG und des Zertrechners in der gültigen Version gelten. Sonst entstehen zwei Welten von Onkologischen Zentren.
		Die zumal von der DKG genannten besonderen Aufgaben müssen dann auch wirklich auf Nachweis hin finanziert werden und nicht zuvor von den DRG-Erlösen abgezogen werden.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie
23. September 2019

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Hintergrund	Die Deutsche Krebsgesellschaft hat eine Stellungnahme derjenigen Fachgesellschaften koordiniert, die am Programm der Onkologischen Zentren beteiligt sind. Hierzu gehört auch die DGHO. Diese Stellungnahme geht Ihnen getrennt zu. Die Besonderheit der Medizinischen Onkologie als Querschnittsfach und insbesondere die aktuellen Herausforderungen der systemischen Tumorthherapie durch die Vielzahl von Arzneimitteln berührt Punkte, die in der gemeinsamen Stellungnahme nicht adressiert wurden. Deshalb erhalten Sie diese ergänzenden Kommentare.	

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 und § 3 Verschiedene Ebenen von Zentren und Schwerpunkten	In der Versorgung von Krebspatienten gibt es bereits jetzt sehr unterschiedliche und gut funktionierende Strukturen, die erhalten und gestärkt werden müssen. Im Krankenhausbereich sind dies die - CCC Comprehensive Cancer Centers	CCC halten Strukturen und Vernetzungen vor, die über die Aufgaben regionaler onkologischer Zentren hinausgehen, z. B. molekulare Tumorboards, Angebot früher translationaler Studien, Biomarker-Analysen, breiter epidemiologische Studien und Outreach-Aktivitäten für Patienten, Kooperationspartner und die Bevölkerung. Dies muss bei der Berechnung von Zentrumszuschlägen berücksichtigt werden.
§ 2 und §3 Überlappende Verschiedene Ebenen von Zentren und Schwerpunkten	Die jetzige Definition von Zentren und Schwerpunkten führt in der Onkologie zu Überlappungen, z. B. - viele Tumorentitäten erfüllen die Kriterien von „seltenen Erkrankungen“ und von onkologischen Erkrankungen. - Lungenkarzinome passen in onkologische Zentren und in Lungenzentren.	Hier ist klarzustellen, dass auch Patienten mit seltenen Tumorerkrankungen und Patienten mit Lungentumoren in Schwerpunkten/Zentren mit den Qualitätskriterien onkologischer Zentren behandelt werden sollen, und dass hier keine Parallelstrukturen aufgebaut werden.
Anlage II Qualitätsanforderungen für onkologische Zentren §1 (1)	Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie	In Deutschland gibt es keinen Facharzt für Onkologie. Hier ist zu spezifizieren, dass es um Fachabteilungen mit onkologischer Schwerpunkttätigkeit geht, d. h. in denen die Onkologie ein integrierter Teil der Facharztausbildung ist wie z. B. in der Hämatologie und Internistischen (Medizinischen) Onkologie.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Besondere Aufgaben (3) und (4) Forschungstätigkeit	Das Zentrum wirkt an krankheits-orientierten Forschungsprojekten, klinischen Studien und/oder Registerprojekten mit. Es hält die Strukturen für die Teilnahmen an diesen Projekten vor (Studiensekretariat).	Die Herausforderungen der wissensgenerierenden Versorgung gehen über die Teilnahme an Studien hinaus. Studien der Evidenzstufen Ib oder IIa sind darüber hinaus in ihrer großen Mehrheit von der pharmazeutischen Industrie gesponsert. Durch die Vorgabe der Teilnahme an diesen Studien kann eine unerwünschte Abhängigkeit onkologischer Zentren entstehen. Entscheidend ist die Professionalität der Forschungstätigkeit, dokumentiert durch die erforderlichen Strukturen. Damit können auch die neuen Vorgaben des GSAV zur Dokumentation bei neuen Arzneimitteln mit beschränkter Evidenz (nach Beschluss des G-BA) erfüllt werden.
(7) und (8)	Neben der Auflistung der Psychoonkologie fehlt die sozialmedizinische Kompetenz.	Die Notwendigkeit psychoonkologischer Betreuung ist inzwischen anerkannt. Ein relativ neues, aktuelles Thema in der Onkologie ist „Krebs und Armut“. Strukturierte Hilfsangebote gehören zur nachhaltigen Betreuung von Krebspatienten in onkologischen Zentren. Hier ist die Vorhaltung entsprechender Organisationsstrukturen mit qualifiziertem Personal erforderlich.



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-0
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: info@dgk.org
Web: www.dgk.org

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung M-VL (Methodenbewertung,
Veranlasste Leistungen)
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Per E-Mail: AufgabenZS@g-ba.de

Düsseldorf, den 23. September 2019

KKÜ DGK_ V2019_056 Klinik-Zentren

Stellungnahme zu den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zuallererst ist zu konstatieren, dass die Vorschläge von GKV-SV/KBV/PatV und DKG sehr sinnvoll erscheinen und die Anforderungen an Herzzentren sehr genau widerspiegeln. Einige Kommentare seien zu einzelnen Unterpunkten erlaubt, insbesondere um die Praktikabilität und Umsetzung innerhalb der deutschen Kardiologie zu garantieren.

Unserer Kommentare haben wir, Ihren Forderungen gemäß, in das vorgegebene Formular eingegeben. Um die unterschiedlichen Bezüge zwischen *Beschlussentwurf* und dem Text *Tragende Gründe* hervorzuheben, haben wir uns erlaubt den Text entsprechend unterschiedlich einzufärben:

- 1) Kommentare zum *Beschlussentwurf*
- 2) *Kommentare zu den Tragenden Gründen*

In der Kürze der Zeit, war es wie immer ein Drahtseilakt rechtzeitig zu liefern. Eine nähere Abstimmung mit weiteren Fachgesellschaften hätten wir sehr gern vorgenommen, konnten aber diese innerhalb des Zeitfensters nicht umsetzen.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Andreas M. Zeiher
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Thomas Deneke
Autor und Vorsitzender
Ausschuss Zertifizierung
Ständiger Ausschuss
Qualität- / Leistungsbewertung in der
Kardiologie

Prof. Dr. Johann Bauersachs
Vorsitzender
Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin
der DGK e.V.

Priv.-Doz. Dr. Felix Post
Autor und Vorsitzender
Ausschuss Zertifizierung
Ständiger Ausschuss
Qualität- / Leistungsbewertung in der
Kardiologie

Autoren

Prof. Dr. Thomas Deneke, Bad Neustadt a. d. Saale (federführend)
Priv.-Doz. Dr. Felix Post, Koblenz (federführend)
Prof. Dr. Albrecht Elsässer, Oldenburg
Prof. Dr. Norbert Frey, Kiel
Prof. Dr. Evangelos Giannitsis, Heidelberg
Prof. Dr. Malte Kelm, Düsseldorf
Prof. Dr. Bernd Nowak, Frankfurt
Prof. Dr. Philip Raake, Heidelberg
Prof. Dr. Karl Werdan, Halle (Saale)

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V.

23.09.2019

Zu § 1

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschlussentwurf	§1 Qualitätsanforderungen Zuallererst ist zu konstatieren, dass die Vorschläge von GKV-SV/KBV/PatV und DKG sehr sinnvoll erscheinen und die Anforderungen an Herzzentren sehr genau widerspiegeln. Einige Kommentare seien zu einzelnen Unterpunkten erlaubt, insbesondere um die Praktikabilität und Umsetzung innerhalb der deutschen Kardiologie zu garantieren.	

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage V §1 zu 1) a) Beschlussentwurf	1) Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen: a) Hier ist von der GKV-SV/KBV/PatV im Gegensatz zur der DKG eine Einbindung von Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie vorgeschlagen. Dies sollte für Herzzentren keine Voraussetzung sein, da der allergrößte Anteil der Herzpatienten Erwachsene sind und keine angeborene Herzerkrankung haben. Hier ist die Anforderung der DKG mit Vorhandensein einer Herzchirurgie und Kardiologie im Klinikum eine gute Option, die die optimale Versorgung von Erwachsenen mit Herzerkrankung beinhaltet. Allerdings kann der Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV für ein „Spezialzentrum“ Kinderherzmedizin und Patienten mit angeborenen Herzerkrankungen (EMAH) als Subspezialität diskutiert werden, sollte aber nicht die Grundvoraussetzung für die Etablierung eines Herzzentrums darstellen.	In vielen Zentren ist die pädiatrische Versorgung Teil der Pädiatrie, jedoch nicht Teil des Herzzentrums, da dort insbesondere Probleme der Neonatologie besser abgebildet sind. Eine solche Forderung würde der Struktur vieler pädiatrischer Zentren und vieler Herzzentren widersprechen.
1) b) Beschlussentwurf	b) Hier ist die Anforderung des GKS-Sp/KBV/PatV mit Vorhalten einer dezidierten Expertise in der Behandlung von Herzrhythmusstörungen mittels Katheterablation (Elektrophysiologie) und kardialer Devices (Schrittmacher/ICD) zu unterstützen, da eine zunehmende Anzahl von Patienten mit Herzrhythmusstörungen in der Herzmedizin auftreten und nur mittels interventioneller, elektrophysiologischer Verfahren eine effektive Therapie sinnvoll durchführbar sind. Beispielsweise sind die effektive Vorhofflimmer-Ablation bei Herzinsuffizienzpatienten oder die Therapie von Kammerarrhythmien bei Patienten mit struktureller Herzerkrankung hier zu nennen. Auch beinhaltet die effektive Herzinsuffizienz-Therapie häufig die Behandlung mit Schrittmachern/ICDs, die eine Domäne der	

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Elektrophysiologie/ Rhythmologie darstellt. Von der DKG werden hier Katheterlabor, Herzunterstützungssysteme sowie Hybrid-OPs empfohlen, was ebenfalls sinnvoll und notwendig erscheint, um unter anderem die zunehmende Anzahl der Patienten mit Herzschwäche mittels Katheter- und Klappeninterventionen sinnvoll zu behandeln. Ein wesentlicher Punkt, der innerhalb eines Herzzentrums gefordert werden sollte, ist die Etablierung eines multidisziplinären Herzteams, bestehend aus interventionellen und Herzinsuffizienz-spezialisierten Kardiologen, Elektrophysiologen und Herzchirurgen. Hier sei insbesondere auf die unterschiedlichen Zertifizierungsprozesse innerhalb der DGK hingewiesen (Curricula Interventionelle Kardiologie, Herzinsuffizienz, Elektrophysiologie sowie Zentren „Heart failure Unit“ (s.u.), künftig ggf. „Cardiac Arrest Center“, TAVI-Zentrum, VHF-Zentrum etc.), die relevanter Bestandteil der Entwicklung eines Herzzentrums unter Einhaltung der qualitätsrelevanten Parameter sein sollten.	Nur innerhalb dieses Teams können komplex-krankte Herzpatienten effektiv und optimiert behandelt werden, was eine absolute Anforderung an ein Herzzentrum darstellt. Die Ausgestaltungen der Zertifizierungen, können Sie im Detail unserer Homepage entnehmen: https://dgk.org/zertifizierung/ http://curricula.dgk.org/
1) c) Beschlussentwurf und 2.11.1.1.3 c) Tragende Gründe	c) Vorhalten einer überregionalen Heart Failure Unit zertifiziert nach DGK: Dieser Vorschlag ist zu begrüßen und sollte bei zunehmender Anzahl dieser Patienten und der hohen Qualität, garantiert durch die zertifizierten Prozesse der DGK, definitiv aufgenommen werden. Inhaltlich erscheint dieses besonders relevant. Die GKV-SV erwähnt ausdrücklich das DGK -Konzept der zertifizierten HFU als überregionales HFU-Zentrum. Dies ist zu begrüßen.	

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 (1) d) Beschlussentwurf und Tragende Gründe 2.11.1.1.3 d)	d) Der Vorschlag des GKV-SV ist unbedingt einzubinden, Die GKV-SV erwähnt ausdrücklich das DGK -Konzept der zertifizierten CPU und fordert, dass ein Herzzentrum eine solche betreibt. Dies ist zu begrüßen. Ergänzend hierzu möchten wir 2 Punkte anmerken: 1) Zu beachten wäre in der Strukturierung der Triage, dass bei erkennbar akut kardiologischen Patient*innen diese direkt der CPU zugeführt werden 2) Bei einer Anzahl von mehr als 4 Überwachungsplätzen, sollten mind. 2 Pflegekräfte vorgehalten werden,	da hierdurch eine breite, hoch qualitative Versorgung der häufigsten Herzerkrankungen gewährleistet werden kann. Die DGK-Zertifizierung der CPU sollte sinnvoll unterstützt werden. Ad 1) , um nicht Zeit im administrativen Teil der ZNA zu verbringen, die beim Patienten / der Patientin unter Umständen große Unterschiede im Erfolg der Behandlung ausmachen. Ad 2) andernfalls sind Personalengpässe nicht auffangbar.
§1 (1) e) Beschlussentwurf und Tragende Gründe 2.11.1.6	Es existiert eine klare Korrelation zwischen Quantität und Qualität vieler kardiologischer Interventionen. Mindestmengen stellen eine einfach zu kontrollierende Forderung, die andererseits durchaus einige Probleme wie unklare Definition (z.B. per Untersucher/Operateur oder per Zentrum), fehlende wissenschaftliche Untermauerung und mögliche Fehlanreize beinhalten. Deshalb sollten geforderte Mindestmengen moderat gewählt werden und sich an den geforderten Zahlen der DKG orientieren.	Mindestmengen können problematisch werden, da erstens die Evidenz für solche Zahlen schwer zu ermitteln ist und sie evtl. einen Fehlanreiz für Zentren, die diese Mengen knapp unterschreiten, darstellen könnten.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 (1) f) Beschlussentwurf	f) GKV-SV bzw. c) DKG: Hierzu sollte der Vorschlag der DKG aus bereits oben erörterten Gründen nachverfolgt werden. Sollten Kinder bzw. Jugendliche mit angeborenen Herzfehlern (außerhalb von Herzrhythmusstörungen) behandelt werden, so sollten die entsprechenden Anforderungen der Richtlinie erfüllt werden.	
§1 (1) d) Beschlussentwurf	d) DKG: Eine weitere Subspezialisierung von Herzzentren bezüglich der Behandlung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern sollte etabliert werden. Für die allermeisten Herzzentren ist die Behandlung/Diagnostik dieser Patienten allerdings nicht vorzuhalten,	was auch durch die geringe Anzahl dieser Patienten und die Exklusivität dieser Anforderungen darstellbar ist.
§1 (2) Beschlussentwurf Tragende Gründe 2.11.2.1	2) Anforderungen an die Versorgung von Patienten mit Herzunterstützungssystemen: In diesem Zusammenhang ist zu konstatieren, dass bereits heute viele Zentren mit Vor-Ort-Herzchirurgie die Möglichkeit der Assist-Device-implantation vorhalten, allerdings die Anzahl der Transplantationszentren in Deutschland auch durch die spezielle Situation der gesamten Transplantationsmedizin innerhalb Europas relevant niedriger ist und die Kapazität der Versorgung des Bedarfs an Herzunterstützungssystemen nicht adäquat abbildet. Hier sollten ad a) die Möglichkeit der Herz- oder Herz-Lungen-Transplantation keine Voraussetzung für ein Herzzentrum darstellen. Vielmehr sollte aber von allen Herzzentren eine Kooperation mit einem	

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Transplantationszentrum gefordert werden (vertraglich organisiert) um die Patienten, die einer Transplantation bzw. einer Listung zur Transplantation bedürfen, auch entsprechend an ein Transplantationsprogramm angebunden werden. Den Anforderungen unter b) und c) ist vollumfänglich zuzustimmen.	
§1 (3) Beschlussentwurf Tragende Gründe 2.11.1.3	(3) Vorhaltung eines überregionalen EMAH-Zentrums: Diese Thematik wurde bereits unter §1, g bzw. d diskutiert und sollte eine weitere Subspezialisierung für EMAH-Zentren beinhalten. Für die Versorgung des absoluten größten Anteils der Patienten ist dies allerdings nicht voraussetzend notwendig und sollte außerhalb einer Subspezialisierung eines Herzzentrums (für EMAH-Patienten) nicht angefordert werden. Für die Behandlung von EMAH-Patienten sind die dargestellten Anforderungen unter a) und b) sinnvoll und nachvollziehbar. 2.11.1.3 Die GKV-SV fordert erneut Erwachsene und Jugendlichen. Dies ist weiterhin abzulehnen. Weiterhin wird hier ein zertifiziertes EMAH-Zentrum gefordert. Diese Vermischung sollte nicht stattfinden. Ein EMAH-Zentrum setzt nicht zwingend eine Versorgung von Jugendlichen voraus, da der Begriff EMAH ja schon beschreibt, dass es sich um Erwachsene handelt.	Prinzipiell stärkt die Forderung die Bestrebungen der DGK mittels Zertifizierungen Qualitätsstandards transparenter zu gestalten und diese nach spezifischen Maßgaben auch zu halten, sowie erreichte/vorhandene Qualität besser nach außen darstellen und für Patienten sichtbar machen zu können. Es ist jedoch zu bedenken, dass es dato kaum EMAH-Zentren gibt.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 (4) Beschlussentwurf	(4) Forschungstätigkeit Hier zeigt sich ein sehr erfreulicher Trend in den Vorschlägen der GKV-SV/KBV/Pat-V und DKG. Prinzipiell sollte hier erwähnt werden, dass eine dem Fachgebiet des Zentrums fokussierte (also Herzmedizin) Forschungstätigkeit nachgewiesen werden sollte. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren häufig nicht durch das Zentrum selber gesteuert werden kann, sondern von unterschiedlichen Faktoren, die nicht auf die jeweilige Expertise der Zentren zurückzuführen ist, abhängig ist, erscheint schwer umsetzbar und nicht zwingend vorauszusetzen. Allerdings könnte diskutiert werden, ob eine Mitarbeit in den entsprechenden Arbeitsgruppen der Fachgesellschaften eine sinnvolle Voraussetzung darstellen könnte, da hierdurch eine intensive Bearbeitung der entsprechenden Themen weiter intensiviert werden könnte.	
§1 (5) Beschlussentwurf	(5) Qualitätsmanagement: Dieser sehr wichtige Punkt wurde bereits in die Vorschläge der Verbände integriert. Qualitätsverbessernde Maßnahmen und deren Dokumentation sowie Analyse sind relevanter Bestandteil der Tätigkeit an Herzzentren. Der Vorschlag ist relevant und zu unterstützen. Hier ist insbesondere auch auf die Zertifizierungsprozesse und Rezertifizierungen der Fachgesellschaft hinzuweisen. Eine Darstellung der Ergebnisse und Qualitätsparameter unterschiedlicher Behandlungsstrategien innerhalb des Zentrums sowie Veröffentlichung dieser Daten ist wünschenswert.	

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 (6) Beschlussentwurf auch vgl. Tragende Gründe 2.11.1.6	(6) Mindestfallzahlen: Hier findet sich eine deutliche Diskrepanz zwischen Vorschlägen der GKV-SV und DKG. Mindestfallzahlen sind einfach zu evaluierende Indikatoren, die sicherlich Bestandteil der Voraussetzungen an ein Herzzentrum darstellen. Dennoch ist klar zu argumentieren, dass ein bestimmtes Cut-Off weder pro Zentrum noch pro Untersucher bisher wissenschaftlich evaluiert noch belegt ist. Prinzipiell findet sich in allen Bereichen der Herzmedizin eine Korrelation zwischen Fallzahlen und Qualität bzw. Komplikationsinzidenz. Dies gilt allerdings nicht nur für herzchirurgische Eingriffe sondern in gleicher Weise für alle kardiologischen Interventionen inklusive/insbesondere auch für die Koronarintervention, Transkatheter-Klappenintervention, Device-Therapie (Herzschrittmacher/ICD) und Katheterablation (Elektrophysiologie). Auch hierfür könnten Mindestmengen moderat definiert werden, wobei die einzelnen Interventionen häufig aus unterschiedlichen Prozeduren generiert werden. Prinzipiell erscheint für sehr komplexe Eingriffe eine Mindestfallzahl von < 1 pro Woche als nicht akzeptabel, da hierdurch eine entsprechende Expertise nicht entwickelt oder vorgehalten werden kann.	

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Tragende Gründe 2.11.1.1.6	2.11.1.1.6 GKV-SV Die GKV-SV fordert, dass erneut Herzzentren Patienten aller Altersstufe, also auch pädiatrische Patienten versorgen und hier die einschlägigen Qualitätsstandards erfüllen. Hier sollten die pädiatrische Herzversorgung nicht zwingend gefordert werden	In vielen Zentren ist die pädiatrische Versorgung Teil der Pädiatrie, jedoch nicht Teil des Herzzentrums, da dort insbesondere Probleme der Neonatologie besser abgebildet sind. Eine solche Forderung würde der Struktur vieler pädiatrischer Zentren und vieler Herzzentren widersprechen. Die Formulierung der DKG ist hier besser; hier werden diese Standards nur gefordert, wenn tatsächlich Jugendliche im Herzzentrum versorgt werden, was jedoch nicht zwingend gefordert ist.
Tragende Gründe 2.11.2.2	Die GKG-SV fordert, dass bei Fortbildungsveranstaltungen keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Dieser Passus ist zu streichen.	Gegen eine Fremdfinanzierung ist nichts einzuwenden, solange sie offengelegt wird. Dies ist gängige Praxis. Es muss jedoch auf Neutralität geachtet werden. Insbesondere bei speziellen Device-Therapien, können Fortbildungen ohne Fremdunterstützung gar nicht stattfinden.
Tragende Gründe 2.11.2.7	Die GKG-SV fordert, dass ein ECLS-Transportdienst nur noch von Herzzentren angeboten werden darf. Dieser Passus ist zu streichen	Diese Forderung widerspricht der gängigen Praxis und würde die Versorgungssituation in manchen Regionen, die wo dies aktuell auf hohem Niveau angeboten wird, wo jedoch in absehbarer Zeit kein den Definitionen entsprechendes Herzzentrum besteht, dramatisch verschlechtern.



DGKCH e. V. · Langenbeck-Virchow-Haus · Luisenstraße 58/59 · 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung u. veranlasste Leistungen
Herrn Prof. Josef Hecken
Herrn Dirk Hollstein

Per Mail an: AufgabenZS@g-ba.de

**Deutsche Gesellschaft
für Kinderchirurgie e. V.**

Geschäftsstelle

Doris Lorenzen, Leiterin
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin, Germany

Telefon: +49 30 28 00 43 60
Telefax: +49 30 28 00 43 69
E-Mail: info@dgkch.de
Web: www.dgkch.de

Berlin, 19.06.2019

**Entscheidung des G-BA zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen
Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach §2 Abs 2 Satz 2 Nr. 4
des KHEntgG**

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit, seitens der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) am Stellungnahmeverfahren zur Zentrendefinition teilnehmen zu können. Die Stellungnahme wurde gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), weiteren Fachgesellschaften aus dem Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ sowie der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Abteilungen (GKind) erarbeitet. Grundsätzlich wird die Definition von Zentren der Spitzenmedizin begrüßt. Auf eine bereits erfolgte Festlegung von Zentren in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen als Grundvoraussetzung für die weitere Berücksichtigung der Zentren sollte jedoch verzichtet werden, da die Landeskrankenhausplanung in den verschiedenen Bundesländern heterogen und sehr unterschiedlich weit vorangeschritten ist.

Ehrenpräsident

Prof. Dr. med. Hermann-Josef
Pompino, Berlin

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Paul
Schmittenebecher, Karlsruhe

Stellvertretender Präsident

Prof. Dr. med. Udo Rolle,
Frankfurt M.

Sekretär

Dr. med. Petra Degenhardt,
Potsdam

Schatzmeister

Prof. Dr. med. Stuart Hosie,
München

Eingetragen beim
Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Nr. VR 12832 Nz

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank eG
IBAN DE52 3006 0601 0002 6780 71
BIC DAAEEDXXX

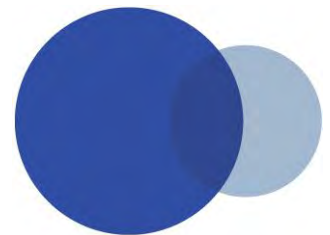


Bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben jeglicher Zentren sind die strukturellen Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Hierzu sind Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin entsprechend den Anforderungen in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ zu definieren. Sollten Kinder und Jugendliche jedoch in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.

An den Erfordernissen der Kindermedizin vorbei geht die Beschränkung der von Zentren erbrachten Leistungen auf stationäre Leistungen. Gerade die Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie haben in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich erfahren. Hier muss unbedingt die ambulante Leistung einbezogen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Peter Paul Schmittenbecher
Präsident der DGKCH



Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh)
in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), weiteren
Konventgesellschaften und der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in
Deutschland (GKinD)

§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben

**Zu § 4 Abs. 3
GKV-SV**

Ursprungstext:

Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.

Ergänzungsvorschlag:

Die besonderen Aufgaben können allerdings auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.

In dem Entwurf werden nur „besondere Aufgaben von Zentren“ konkretisiert, die zuschlagfähig sind, sofern sie nicht anderweitig vergütet werden. D.h., dass in einem vom Land benannten z.B. Kinderzentrum auch ambulante Leistungen erbracht werden dürfen. Aber es gibt für die unmittelbare Patientenversorgung keine Zuschläge aus diesem Regelwerk. **Zu konkretisieren wäre bei der GKV-Variante, dass zuschlagfähig auch Leistungen sind, die nicht der unmittelbaren stationären Patientenversorgung zuzuordnen sind.**

§ 5 Qualitätsanforderungen / Grundsätze von Qualitätsanforderungen

**Zu § 5 Abs. 2
GKV-SV/KBV**

Ursprungstext:

Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt.

Änderungsvorschlag:

Streichung von Abs. 2

Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem Stab an Konsiliarii arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht am eigenen Standort verortet sind (z.B. Genetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes ist an dieser übergeordneten Stelle nicht angebracht.

Zu § 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2		
Zu § 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2 GKV-SV/PatV / KBV	Ursprungstext GKV-SV/PatV + KBV: <i>Eine Fachabteilung liegt vor, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</i> 1. <i>Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.</i> 2. <i>Angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden am 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.</i> Änderungsvorschlag: Definition Fachabteilung Abs. 3 Nr. 1 und Nr. 2 hier streichen!	Die gleichlautende Definition einer Fachabteilung bei der „umfassenden“ stationären Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen nach §25 Modul Kinder ist sinnvoll und in der in der zugehörigen G-BA-Richtlinie vorliegenden Form auch angemessen. Aber für die Definition von übergeordneten Qualitätsanforderungen aller künftig „zuschlagfähigen Zentren“ ist dies für den Kinderbereich überzogen. Die Zentren sind vielmehr in der Regel in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet und stellen nicht zwangsläufig eigene Fachabteilungen dar. Wir schlagen vor, diesen Passus hier zu streichen und ggf. bei der Definition einzelner Zentren mit „zuschlagfähigen besonderen Aufgaben“ nach Überprüfung im Einzelfall aufzunehmen. Darüber hinaus ist zu fordern, dass auch Zentren, die nicht in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet sind, eine ausgewiesene personelle Ausstattung und Infrastruktur aufweisen, die eine kind- und familiengerechte Betreuung entsprechend der EACH Charta ermöglicht.
Grundsätzliche Anmerkung zu den Anlagen	Änderungsvorschlag: Ergänzung einer weiteren Anlage, die eine Dachstruktur „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ konkretisiert.	Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen. Entsprechend der EACH Charta und der Kinderrechtskonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet“

		FÜR KINDER“ definiert sind. Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen. Unter der Definition von „Zentren für Kinder- und Jugendmedizin“ sollen breit aufgestellte Kinderzentren definiert werden, die als Mittelpunkt eines Netzwerks für die konservative und operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen „besondere Aufgaben“ in einer Region wahrnehmen (besondere Fachexpertise, besondere technische Ausstattung, Beratung, Fortbildung, Transport, Registerpflege, PDCA, Erarbeitung SOPs, etc). Vergleichbar dem G-BA-Beschluss für das Gestufte System der stationären Notfallversorgung - §25 Kindermodul - stellen diese wenigen Kliniken das Rückgrat der Kinderversorgung in Deutschland dar. Die einzelnen Standorte halten jeweils mehrere – durchaus unterschiedliche - Subspezialitäten für die Kinderversorgung vor und sind als Zentren auch untereinander und über die Landesgrenze hinaus gut vernetzt. Neben den einzelnen pädiatrischen Zentren kann es weitere organspezifische Zentrumsdefinitionen für Kinder und Jugendliche geben, z.B. für die Kinderonkologie, die Kinderrheumatologie oder Kinderschmerztherapie. Wir bitten Sie daher, die Anlage um die Dachstruktur der Kinderversorgung „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ zu erweitern. Eine Umsetzung in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer ist noch unvollständig.

Zu Anlage I – Seltene Erkrankungen (S. 13ff.)

§ 1 Qualitätsanforderungen		
Registerdokumentation: GKV-SV/PatV (2) 2	Ursprungstext GKV-SV/PatV: <i>Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren), welche die nachfolgenden Mindestanforderungen erfüllen</i>	Eine solche Substruktur in A- und B-Zentren geht in der Kindermedizin an der Realität vorbei. Besonders im kinderchirurgischen Bereich wird es mehrere A-Zentren, aber keine B-Zentren geben, da die Erkrankungshäufigkeiten eine solche Struktur nicht erfordern.

Mindestfallzahl 5.000 Fälle mit SE GKV-SV (4) 1.	Ursprungstext: <i>Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer,</i> Änderungsvorschlag: streichen	Diese Patientenzahl ist für alle seltenen Erkrankungen im Kindesalter absurd hoch und widerspricht im Prinzip dem Begriff „seltene Erkrankung“.
§ 2 Besondere Aufgaben		
Register GKV-SV/KBV 6./2. DKG / PatV 3.	Ursprungstext GKV-SV & KBV: <i>Registererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für seltene Erkrankungen.</i> Ursprungstext DKG & PatV: <i>a) Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für die seltenen Erkrankungen, die im Zentrum betreut werden, unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.</i> <i>b) Befüllen von nationalen oder internationalen interoperablen erkrankungs(gruppen)spezifischen/ Registern oder Datenbanken soweit vorhanden</i> Vorschlag: Annahme des Textes der DKG / PatV	Nicht nur der Aufbau, sondern auch die Meldungen an Register sind mit sehr viel Arbeit verbunden, die nicht Teil der aktuellen Krankenhausfinanzierung sind. Da Krankenhäuser ohne Zentrum für Seltene Erkrankungen keine Registermeldungen übernehmen werden ist auch nicht anzunehmen, dass hier in Zukunft eine Finanzierung auf anderem Wege verfügbar wird. Eine Meldequote an Studien bzw. Register ist festzulegen. Eine 100%-ige Meldung ist nicht umsetzbar und würde dem Recht der Patienten, in die Registermeldung einzuwilligen, widersprechen.

Zu Anlage III – Traumazentren (S. 48ff.)

	Bei der Definition der Traumazentren begrüßen wir ausführlich die spezifische Berücksichtigung der Kindertraumatologie und halten die Definition entsprechend des Weißbuchs für sinnvoll. Hier wollen wir darauf hinweisen, dass im Oktober 2019 eine Neuauflage erscheinen wird.	

Zu Anlage XIII– Sonstige ausgewiesene Zentren (S. 93ff.)

Zu § 1 Qualitätsanforderung	Es fehlt die Definition eines Bauch-Zentrums für Kinder und Jugendliche. Dieses beinhaltet konservativ und operativ zu behandelnde Erkrankungen des Verdauungstraktes und der Leber. Insbesondere fachübergreifend zu behandelnde Erkrankungen wie angeborene Fehlbildungen (z.B. Atresien, Bauchwanddefekte), Gallengangsatresien und viele seltene und komplexe, chronische Erkrankungen (z.B. Kurzdarmsyndrom, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, intestinale Neuro- oder Myopathien). Es gelten hier die spezifischen Anforderungen an ein Zentrum für Kinder und Jugendliche (siehe allg. Teil). Kindergastroenterologen und Kinderchirurgen sind neben anderen Spezialisten (Kinderradiologen, Ernährungsfachkräfte u.a.) obligatorisch für das pädiatrische Bauch-Zentrum.	Kinder und Jugendliche haben andere oder anders verlaufende Erkrankungen, und bedürfen modifizierter oder anderer diagnostischer Verfahren und therapeutischer Strategien, die den Entwicklungsstand des Kindes oder einzelner Organe berücksichtigen.
Zu § 2 Besondere Aufgaben:	Das Bauch-Zentrum für Kinder und Jugendliche nimmt eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung	

	der psychosozialen Situation des Patienten und seiner Familie wahr.	

Zu Anlage IX – Transplantationszentren (S. 100ff.)

Zu § 1 Qualitätsanforderungen	Zentren , in denen Kinder-/Jugendliche eine Organtransplantation erhalten sollen, müssen die spezifischen Aspekte von Medizin für Kinder und Jugendliche (siehe Allgemeinteil) vollumfänglich erfüllen. Es bedarf organspezifischer Qualitätsanforderungen für pädiatrische Transplantationszentren (i.d.R. Subzentren übergeordneter Transplantationszentren).	Beispielhaft kann hier die Definition von Zentren für Lebertransplantationen von Kindern und Jugendlichen, wie sie von Melter et al 2007 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde (Melter M et al, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 23; A1-A7; 2007), herangezogen werden.
Zu § 2 Besondere Aufgaben	Entsprechend der Eingaben des GKV-SV (Abs. 1-5) nehmen Zentren für die Organtransplantation von Kindern und Jugendlichen organspezifisch die besonderen Aufgaben von Transplantationszentren für alle entsprechenden Kinder und Jugendliche wahr.	

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der Urlaubszeit bin ich mir nicht sicher, ob unsere beiliegende Stellungnahme (DGKiZ) bei Ihnen angekommen ist. Ich bitte unsere Verspätung zu entschuldigen und hoffe, sie können unser Statement noch einarbeiten können:

Bei dem Thema zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen), haben wir festgestellt, dass wir nach Durchsicht der Aktenlage keine unmittelbaren Anhaltspunkte sehen, dass die DGKiZ sich im Moment dort konkret einbringt. Es geht bei der Stellungnahme um die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren in Bezug auf das Krankenhausentgeltgesetz (also voll- oder teilstationär). Durch unsere konsiliarische Tätigkeit in verschiedenen Kliniken sind wir deshalb gar nicht abgebildet und hiervon nicht direkt betroffen. Allerdings sollte in spezifischen Zentren kinderzahnärztliche Kompetenz strukturell abgebildet werden. Das sind u.a. kideronkologische Zentren, Kinderherzzentren und Zentren für seltene Erkrankungen. Darüber hinaus sollte zahnärztliche Kompetenz grundsätzlich in allen spezifischen Zentren auch für Erwachsene strukturell abgebildet sein. Derzeit ist uns nicht bekannt, ob KZBV bzw. BZÄK an diesem Prozess beteiligt sind. Die Grundidee, dass durch niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte die zahnmedizinischen Fragestellungen (z.B. Fokussuchen) in den im Beschlussentwurf genannten spezifischen Zentren abgebildet werden können, ist aus unserer Sicht völlig unrealistisch. Zentren, die nicht zufälligerweise in der Nähe von einer Universitätszahnklinik gelegen sind, müssen somit weitgehend ohne zahnärztliche Begleitkompetenzen auskommen. Bei den vielfältigen Assoziationen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit gerade bei akut oder chronisch schwer kranken Menschen ist das nicht vertretbar. Denn die zahnärztliche Aus- und Fortbildung beinhaltet nicht die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit den höheren ASA-Klassen, wie sie üblicherweise in solchen Zentren behandelt werden.

Besten Dank für Ihr Verständnis + Beste Grüße
Norbert Krämer

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung u. veranlasste
Leistungen
Herrn Prof. Josef Hecken
Herrn Dirk Hollstein

Per Mail an: AufgabenZS@g-ba.de

Die Präsidentin

Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann

Geschäftsstelle

Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:

Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendmedizin Tübingen
Abt. Neuropädiatrie, Entwicklungs-
neurologie, Sozialpädiatrie
Hoppe-Seyler-Str. 1
72076 Tübingen
Tel. +49 7071 29-84735
Fax: +49 7071 29-5473
kraegeloh-mann@dgkj.de

Tübingen/Berlin, 23.09.2019

Entscheidung des G-BA zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des KHEntgG

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit seitens der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) am Stellungnahmeverfahren zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten teilzunehmen. Die unten stehende Stellungnahme wurde gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) und weiteren Fachgesellschaften aus dem Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ sowie der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKind) erarbeitet. Zunächst möchten wir festhalten, dass wir die Definition von Zentren der Spitzenmedizin für eine sinnvolle Möglichkeit halten die Versorgungsqualität zu verbessern.

Vor einer weiteren Diskussion von sinnvollen Kriterien zur Definition von Zentren möchten wir zunächst darauf hinweisen, dass die Bezugnahme auf eine bereits erfolgte Festlegung von Zentren in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen als Grundvoraussetzung für die weitere Berücksichtigung der Zentren unzulässig ist. Es ist allgemein bekannt, dass die Landeskrankenhausplanung in den verschiedenen Bundesländern heterogen und sehr unterschiedlich weit vorangeschritten ist. Während in einigen Bundesländern, wie z.B. Bayern, zahlreiche der genannten Zentren bereits festgeschrieben und in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind, ist dieses in anderen Ländern wie Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz - um nur einige zu nennen - nicht der Fall. Insofern darf die für verschiedene Zentren getroffene Stichtagsregelung nicht aufrechterhalten werden, zumal eine solche die Weiterentwicklung der Behandlungsangebote durch Aufbau neuer, prinzipiell geeigneter Zentren verhindern würde. Entsprechend sind auch finanzielle Zuschläge für Zentren bislang sehr unterschiedlich bewilligt worden, in vielen Bundesländern bislang noch gar nicht. Die Bezugnahme auf das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sehen wir in diesem Zusammenhang ebenfalls kritisch, da dieses die Definition von Zentren inhaltlich nicht berührt.

Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen. Entsprechend der EACH Charta und der Kinderrechtskonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer, psychischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ definiert sind. Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen.

Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, wie z.B. Herzzentren, Transplantationszentren, Rheumakliniken o.a., dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.

Aus unserer Sicht ist daher die Definition von Fachabteilungen, z.B. auf Seite 9, kritisch zu kommentieren. Die Einbettung der pädiatrischen Subdisziplinen in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin hat zur Folge, dass Mitarbeiter einer pädiatrischen Subdisziplin im Stellenplan nicht zwangsläufig fest einer spezialisierten Fachabteilung zugeordnet sind. Vielmehr sind sie Teil des Stellenplans des Gesamtkinderzentrums. Dieser Punkt kann somit keine notwendige Bedingung für die Definition eines Zentrums im Kontext der konservativen oder operativen Kinder- und Jugendmedizin sein. Auf der anderen Seite ist aus Sicht einer kindgerechten medizinischen Betreuung in Organzentren spezifisch qualifiziertes Personal für die medizinische und psychosoziale Betreuung der Kinder und Jugendlichen separat auszuweisen.

Des Weiteren stellen wir mit Bedauern fest, dass bei der Definition verschiedener Zentren, z.B. für Lungen- oder Nierenerkrankung oder bei Schlaganfall- und Transplantationszentren, Kinder und Jugendliche nicht mit einem Wort erwähnt werden. Dieses verkennet auf gröbste Weise die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen aus diesen Fachgebieten, die einer hochspezialisierten Betreuung bedürfen.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Beschränkung der von Zentren erbrachten Leistungen auf stationäre Leistungen. Gerade die Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistung in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der (chronisch) kranken Kinder und Jugendlichen in ihr soziales und schulisches Umfeld von entscheidender Bedeutung. Daher ist z.B. die Beschränkung der Behandlung rheumakrankter Kinder und Jugendliche auf das stationäre Umfeld undenkbar. Selbst in der Kinderonkologie oder der Transplantationsmedizin sind stationäre, teilstationäre und ambulante Leistung so eng ineinander verwoben, dass die Zentrumsleistungen nicht sinnvoll auf die stationären Leistungen beschränkt werden können.

Besonders komplex kranke Kinder und Jugendliche sind auch ambulant auf koordinierte Betreuung durch mehrere pädiatrische Subdisziplinen in den Zentren angewiesen.

An verschiedenen Stellen wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass Zentren entweder klinische Studien oder Register leiten oder zumindest aktiv daran teilnehmen sollen. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die Leitung von Registern

und Studien in der Kinder- und Jugendmedizin in der Regel in den jeweiligen (Subdisziplin-) Fachgesellschaften verankert ist und durch diese zugeteilt wird. Sicherlich ist es absolut notwendig, von Zentren der Spitzenmedizin eine aktive Teilnahme an Registern und Studien zu fordern. Voraussetzung ist aber nicht die Leitung; die Verpflichtung zur Teilnahme könnte hingegen spezifischer ausformuliert werden, z.B. in Form einer angemessenen Registrierungsquote (Beispiel: Zertifizierung (Kinder-) onkologischer Zentren).

Abschließend wollen wir auf den häufig verwandten Begriff des Standortes nach §2a, (1) KHG eingehen. Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem interdisziplinären Teams arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht unmittelbar am eigenen Standort verortet sind (z.B. Humangenetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes erscheint hier an vielen Stellen nicht sinnvoll.

Gerne stehen wir als Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung und werden als DGKJ selbstverständlich an der Anhörung teilnehmen. Hierzu erwarten wir Ihre Einladung in den nächsten Tagen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann
(Präsidentin DGKJ)



Prof. Dr. Dominik Schneider
(Sprecher des Konvents für
fachliche Zusammenarbeit
der DGKJ)

Anlage

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),
in Zusammenarbeit mit:
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh),
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH),
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE),
Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN),
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP),
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKind),
Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR),
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP)

23.09.2019

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Besondere Aufgaben / Grundsätze der besonderen Aufgaben		
Zu § 3, Abs. 6 GKV-SV/KBV/PatV	Ursprungstext: <i>Die besonderen Aufgaben sind <u>abschließend</u> in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert.</i> Änderungsvorschlag: Die besonderen Aufgaben sind in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert.	Für den Kinderbereich fehlen Zentrumsdefinitionen hier in den Anlagen, s.u., daher sind die besonderen Aufgaben im Kinderbereich auch nicht abschließend konkretisiert. Vorschlag: Streichen von „abschließend“ in der GKV-Version. Länder können besondere Aufgaben zuweisen, auch zukünftig. Sie können und sollen auch Zentren mit besonderen Aufgaben benennen. Im Kinderbereich gibt es in einigen Ländern noch Regelungsbedarf; in vielen Bundesländern sind Zentren (z.B. für Seltene Erkrankungen, für Kinderonkologie...) nicht im Krankenhausplan ausgewiesen.

§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben		
Zu § 4 Abs. 3 GKV-SV	Ursprungstext: Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor. Ergänzungsvorschlag: Die besonderen Aufgaben können allerdings auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören. Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.	In dem Entwurf werden nur „besondere Aufgaben von Zentren“ konkretisiert, die zuschlagfähig sind, sofern sie nicht anderweitig vergütet werden. D.h., dass in einem vom Land benannten z.B. Kinderzentrum auch ambulante Leistungen erbracht werden dürfen. Aber es gibt für die unmittelbare Patientenversorgung keine Zuschläge aus diesem Regelwerk. Zu konkretisieren wäre bei der GKV-Variante, dass zuschlagfähig auch Leistungen sind, die nicht der unmittelbaren stationären Patientenversorgung zuzuordnen sind.
§ 5 Qualitätsanforderungen / Grundsätze von Qualitätsanforderungen		
Zu § 5 Abs. 2 GKV-SV/KBV	Ursprungstext: Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt. Änderungsvorschlag: Streichung von Abs. 2	Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem interdisziplinären Teams arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht unmittelbar am eigenen Standort verortet sind (z.B. Humangenetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes gemäß der Definition von Krankenhausstandorten in der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG erscheint hier und an vielen weiteren Stellen des vorgelegten Beschlussentwurfs nicht sinnvoll.
Zu § 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2		
Zu § 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2 GKV-SV/PatV / KBV	Ursprungstext GKV-SV/PatV + KBV: Eine Fachabteilung liegt vor, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:	Die gleichlautende Definition einer Fachabteilung bei der „umfassenden“ stationären Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen nach §25 Modul Kinder ist sinnvoll und in der in der zugehörigen G-BA-Richtlinie vorliegenden Form auch angemessen.

	1. <i>Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.</i> 2. <i>Angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden am 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.</i> Änderungsvorschlag: Definition Fachabteilung Abs. 3 Nr. 1 und Nr. 2 hier streichen!	Aber für die Definition von übergeordneten Qualitätsanforderungen aller künftig „zuschlagfähigen Zentren“ ist dies für den Kinderbereich überzogen. Die Zentren sind vielmehr in der Regel in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet und stellen nicht zwangsläufig eigene Fachabteilungen dar. Wir schlagen vor diesen Passus hier zu streichen und ggf. bei der Definition einzelner Zentren mit „zuschlagfähigen besonderen Aufgaben“ nach Überprüfung im Einzelfall aufzunehmen. Darüber hinaus ist zu fordern, dass auch Zentren, die nicht in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet sind, eine ausgewiesene personelle Ausstattung und Infrastruktur aufweisen, die eine kind- und familiengerechte Betreuung entsprechend der EACH Charta ermöglicht.
Zu § 5 Abs. 6 GKV / KBV / PatV	Wir unterstützen die Textvariante der DKG: <i>Der Zugang zum Krankenhaus und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. Barrierefreiheit ist anzustreben.</i>	Wir alle wünschen uns einen barrierefreien Zugang zu Untersuchungsräumen und eine behindertengerechte Ausstattung eines Krankenhauses. Allerdings hat das inhaltlich nicht viel mit der hier zu regelnden Konkretisierung besonderer Aufgaben zu tun – es sei denn, dass die Umsetzung und deren Finanzierung selbst zu einer besonderen Aufgabe erklärt wird. Daher schlagen wir eine zurückhaltende Formulierung vor, um gute Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden.

Grundsätzliche Kommentare zu den Anlagen:

nicht vorhanden	Änderungsvorschlag: Ergänzung einer weiteren Anlage, die eine Dachstruktur „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ konkretisiert.	Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen. Entsprechend der EACH Charta und der

		Kinderrechtekonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ definiert sind. Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen. Unter der fehlenden Definition von „Zentren für Kinder- und Jugendlichemedizin“ sollen breit aufgestellte Kinderzentren definiert werden, die als Mittelpunkt eines Netzwerks für die konservative und operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen „besondere Aufgaben“ in einer Region wahrnehmen (besondere Fachexpertise, besondere technische Ausstattung, Beratung, Fortbildung, Transport, Registerpflege, PDCA, Erarbeitung SOPs, etc). Vergleichbar dem G-BA-Beschluss für das Gestufte System der stationären Notfallversorgung - §25 Kindermodul - stellen diese wenigen Kliniken das Rückgrat der Kinderversorgung in Deutschland dar. Die einzelnen Standorte halten jeweils mehrere – durchaus unterschiedliche - Subspezialitäten für die Kinderversorgung vor und sind als Zentren auch untereinander und über die Landesgrenze hinaus gut vernetzt. Neben den einzelnen pädiatrischen Zentren kann es weitere organspezifische Zentrumsdefinitionen für Kinder und Jugendliche geben, z.B. für die Kinderonkologie, die Kinderrheumatologie oder Kinderschmerztherapie). Wir bitten Sie daher die Anlage um die Dachstruktur der Kinderversorgung „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ zu erweitern. Eine Umsetzung in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer ist noch unvollständig.

Zu Anlage I – Seltene Erkrankungen (S. 13ff.)

§ 1 Qualitätsanforderungen		
Registerdokumentation: GKV-SV/PatV (2) 2.f. DKG (4)	Ursprungstext GKV-SV/PatV: <i>das Fachzentrum erhebt zu jeder/jedem am Zentrum versorgten Patientin oder Patienten mit einer oder mehreren seltenen Erkrankungen Daten, die es entweder über ihr Referenzzentrum oder direkt an ein anerkanntes nationales oder internationales krankheits-/krankheitsgruppenspezifisches Register meldet, soweit ein solches Register vorhanden ist.</i> Ursprungstext DKG: <i>Das Zentrum dokumentiert Forschungsdaten für am Zentrum versorgte Patientinnen oder Patienten in bestehenden krankheits- oder krankheitsgruppenspezifischen Patientenregistern.</i> Änderungsvorschlag: Das Zentrum vermittelt die Dokumentation der Daten der an den B- Zentren versorgten Patientinnen und Patienten in bestehende nationale bzw. internationale Krankheits- und Krankheitsgruppen-spezifische Register, soweit diese nicht direkt vom B-Zentrum dokumentiert werden. Die Meldung setzt voraus, dass die Patientin/der Patient/die Sorgeberechtigten einer solchen Dokumentation zugestimmt haben.	Eine Meldung an Register darf nur mit Einverständnis der Patientin/des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreter erfolgen. Der Ursprungstext des GKV-SV bzw. der Patientenvertreter könnte so ausgelegt werden, dass wirklich jede Patientin bzw. jeder Patient in ein Register gemeldet werden muss.
Externe Typ B-Zentren	Ursprungstext:	Diese Aufgabe des A-Zentrums kann keine Voraussetzung für die Anerkennung als Zentrum für Seltene Erkrankungen sein. Allerdings sollte

GKV-SV/PatV (2) 3.	<i>Übernahme der koordinierenden Aufgaben für mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) anderer Krankenhäuser, die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert,</i> Änderungsvorschlag: <u>Entfällt an dieser Stelle</u> unter §1 Qualitätsanforderungen und wird modifiziert in §2 Besondere Aufgaben aufgenommen (siehe auch weiter unten: <i>„Übernahme der koordinierenden Aufgaben für ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern, insbesondere mit einem oder mehreren krankheitsspezifischen oder krankheitsgruppenspezifischen Fachzentren anderer Krankenhäuser (externe Typ B-Zentren), die die unter §1 (2) genannten Kriterien für integrierte Typ B-Zentren erfüllen. Die Einbindung des Zentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.“</i>	die Anbindung externer Typ B-Zentren an die Typ A-Zentren unterstützt werden. Diese Überlegungen gründen sich auf die folgenden Punkte: 1) Externe Typ B-Zentren müssen dieselben Qualitätskriterien erfüllen wie die internen Typ B-Zentren. Aktuell gibt es kaum Einrichtungen, die als ein externes Typ B-Zentrum in Frage kämen, eine Anerkennung als Zentrum für Seltene Erkrankungen würde mit der vorgeschlagenen Regelung in Deutschland verhindert. 2) Die Aufgaben des Typ A-Zentrums in Verbindung mit einem externen Typ B-Zentrum (u.a. Qualitätssicherung, koordinierender Aufgaben, ggf. die Meldung an Register) setzt einen hohen Grad an Einblicken und ggf. Kontrollmöglichkeiten durch das Typ A-Zentrum voraus, welche vertraglich zwischen den Trägern der Zentren geregelt werden müssten. Dies wird von den Trägern potentieller externer Typ B-Zentren nach unserer Erfahrung oft nicht gewünscht. 3) Es gibt einige Fachzentren für die Betreuung von Patienten mit definierten Seltenen Erkrankungen an Einrichtungen mit ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, aber ohne ein Typ A-Zentrum vor Ort. Diese Fachzentren sollten als externe Typ B-Zentren an ein Typ A-Zentrum angeschlossen werden können. Diese Anbindung sollte unterstützt werden.
Mindestfallzahl 5.000 Fälle mit SE GKV-SV (4) 1.	Ursprungstext: <i>Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer,</i> Änderungsvorschlag: 1. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Fälle mit der Haupt- oder Nebendiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer, sobald eine rechtlich verbindliche Fassung des Musterdatensatzes vom DIMDI verfügbar ist	Mindestfallzahlen sind sinnvoll, um die entsprechende breite Expertise in einem Typ A-Zentrum und des zugehörigen Krankenhauses abzubilden. Allerdings enthält der Vorschlag des GKV-SV zwei kritische Punkte: 1) Aktuell können nur wenige Seltene Erkrankungen mit dem ICD-10 eindeutig kodiert werden. Der Datensatz zur Kodierung über Alpha-ID-SE ist vom DIMDI liegt noch nicht in einer rechtsverbindlichen Fassung vor. Auch werden Alpha-ID-SE und Orphanetkennnummern nicht im Rahmen des §301-Datensatzes übertragen. Eine Erfassung und Zählung der Patienten mit Seltenen Erkrankungen ist daher aktuell nicht möglich. Daher muss es für die Erfüllung der Mindestfallzahlen eine Übergangsregelung geben. 2) Die Forderung nach der Kodierung von „Hauptdiagnosen“ ist bei Seltenen Erkrankungen nicht umsetzbar. Die deutschen Kodierrichtlinien verhindern in aller Regel (Ausnahme:

	und die Daten im Rahmen des §301-Datensatzes an die Krankenkassen übermittelt werden können.	Mukoviszidose), dass Seltene Erkrankungen als Hauptdiagnose verschlüsselt werden können. Ein Beispiel: bei Schwangerschaft mit Phenylketonurie und Stoffwechselentgleisung ist die Schwangerschaft Hauptdiagnose, nicht die Phenylketonurie. Die Nennung von „Fällen“ statt „Patientinnen und Patienten“ im Änderungsvorschlag hat den Hintergrund, dass die koordinierende Arbeit und Expertise des Zentrums bei jedem stationären Aufenthalt einer Patientin bzw. eines Patienten gebraucht wird und ggf. nicht nur einmal jährlich. Auch werden in den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser (siehe „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“) Fallzahlen und nicht Patientenzahlen gefordert.
Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für Humangenetik GKV-SV / KBV (2) 4./3.	Ursprungstext: <i>Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik) am Standort des Zentrums.</i> Änderungsvorschlag: Sowohl eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin wie auch ein Team mit klinischer humangenetischer Expertise, welches unter Leitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Humangenetik steht, sind am Standort des Zentrums vorhanden.	Eine Fachabteilung bzw. eine Klinik für Pädiatrie ist für die Diagnose von Patienten mit unklarer Diagnose sowie die spezialisierte stationäre Behandlung insbesondere im Rahmen der Erstdiagnose unerlässlich, da sich die meisten Seltenen Erkrankungen in der (frühen) Kindheit manifestieren und dort diagnostiziert werden. Auch ist die klinische Symptomatik bei Diagnosestellung in der Pädiatrie nicht selten so bedrohlich, dass eine stationäre Aufnahme in einer Klinik mit viel Expertise zur Stabilisierung und Einleitung einer Therapie erforderlich wird. Im vom Innovationsfonds geförderten Projekt TRANSLATE-NAMSE sind mehr als 90% der Neudiagnosen neudiagnostizierten Patienten mit einer Seltenen Erkrankung Kinder und Jugendliche. Die Formulierung im Textentwurf des GKV-SV zur Humangenetik („<i>Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik)</i>“) ist missverständlich, der Begriff „Institut für medizinische Humangenetik“ sollte entfallen. Dies gründet sich auf die folgenden Punkte: Die Bezeichnung „Institut für medizinische Humangenetik“ tragen nur wenige humangenetische Institute in Deutschland, obwohl viele andere dieselben Funktionen übernehmen.

		Die Institute für (medizinische) Humangenetik haben zum Teil ihren Schwerpunkt sehr grundlagenforschungsorientiert. Für die Patientenversorgung insbesondere bei unklaren Diagnosen ist jedoch der direkte Zugang zu einer klinisch erfahrenen Fachärztin bzw. einem klinisch erfahrenen Facharzt für Humangenetik sowie bioinformatische Expertise vor Ort wichtig. Auch wird bei Betrachtung der tragenden Gründe des GKV-SV zu diesem Punkt (vergl. Anlage 2 – Tragende Gründe; Seiten 28 unten & 29 oben) deutlich, dass der Vorschlag des GKV-SV nicht auf das Vorhandensein eines Instituts für medizinische (klinische) Humangenetik am Standort zielte, sondern auf ein Team mit humangenetischer Expertise am Standort, so dass durch den Wegfall des Begriffes „Institut für medizinische Humangenetik“ die Intention des GKV-SV zu diesem Punkt nicht verändert wird. Wir bitten auch zu beachten, dass ein Institut für (medizinische) Humangenetik am Standort (baulich maximal 2 km vom A Zentrum entfernt, zum selben Klinikum gehörig) als Qualitätskriterium verhindern würde, dass viele der großen und etablierten Zentren für Seltene Erkrankungen die Qualitätsanforderungen erfüllen können.
Lotse KBV-SV / KBV (2) 5./4. PatV (2) 5. DKG (2) 7.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Werktägliche (Montag - Freitag) Verfügbarkeit einer Lotsin oder eines Lotsen, die oder der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.</i> Ursprungstext PatV: <i>Das A Zentrum verfügt über eine parallele Struktur in der Pädiatrie und Erwachsenenmedizin mit einer SE-Lotsin oder einem SE-Lotsen, die oder der auch administrative Unterstützung erhält. Das Zentrum hat Zugang zu einem Institut oder Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik, und mindestens einer Medizininformatikerin oder einem Medizininformatiker im</i>	Begründung: Aufgrund der Anfragen sowohl zu pädiatrischen als auch zu erwachsenen Patienten muss für die Lotsenfunktion die Expertise für beide Altersbereiche vorliegen. Eine werktägliche Erreichbarkeit ist für die zeitnahe Versorgung der Patienten wichtig.

	<i>Krankenhaus. Diese sollten werktägliche (Montag - Freitag) verfügbar sein.</i> Ursprungstext DKG: <i>Einsatz einer ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsin oder eines ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsen oder Koordinatorin oder Koordinators zur Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten.</i> Änderungsvorschlag: Das A Zentrum verfügt über eine interdisziplinäre Koordinationsexpertise. Hierzu zählt eine/ein medizinische/r Koordinator/in mit Beteiligung der Pädiatrie und der Erwachsenenmedizin und mit administrativer Unterstützung durch eine Lotsin bzw. einen Lotsen und ist werktätlich (Montag - Freitag) zur Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit verfügbar.	
Forschung GKV-SV/KBV/PatV (3)	Ursprungstext GKV-SV/KBV/PatV: <i>Forschungstätigkeit</i> <i>1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren, sowie internationale Vernetzung mit anderen Experten- und Referenzzentren und</i> <i>2. Mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren).</i> Änderungsvorschlag: <u>Dieser Punkt wird um einen weiteren Punkt ergänzt:</u> 3. Integration in ein universitäres Zentrum mit nachgewiesener Forschungs- und Lehrtätigkeit zu seltenen Erkrankungen	Patienten mit Seltener Erkrankung, für die auch im Zentrum zunächst keine Diagnose gestellt werden kann und oft verdächtige Varianten in der Exomdiagnostik als Ergebnis der Diagnostik haben, brauchen für die weitere Aufarbeitung Ihres Krankheitsfalles den direkten Zugang zu wissenschaftlich tätigen Experten; insbesondere aus der Humangenetik aber auch aus den forschenden fachspezifischen B-Zentren. Auch für klinische Studien und nicht zuletzt für die Ausbildung von Studierenden ist ein universitäres Zentrum notwendig.
§ 2 Besondere Aufgaben		
Fallkonferenzen	Ursprungstext GKV-SV:	Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten mit Seltenen Erkrankungen erfordern eine besondere Expertise. Diese Fallkonferenzen finden bisher

GKV-SV 1. PatV 2. KBV 4. DKG 5.	<i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Ursprungstext KBV: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Ursprungstext PatV: <i>Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser insbesondere mit anderen Mitgliedern des eigenen ERNs ebenso wie transversal mit anderen ERNs. Außerdem die Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten des jeweiligen A-Zentrums, wenn Ärztinnen oder Ärzte aus anderen B-Zentren, aus anderen Bereichen des Krankenhauses (nicht für die Seltenen) oder anderer Krankenhäuser beteiligt sind.</i> Ursprungstext DKG: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer:</i>	auch im eigenen Krankenhaus sehr selten in strukturierter Form statt und wurden <u>nicht</u> in der Kalkulation der DRGs durch das InEK berücksichtigt. Natürlich profitieren die Patientinnen und Patienten des eigenen Krankenhauses auch von der Durchführung strukturierter Fallkonferenzen. Bei Annahme des Textvorschlages des GKV-SV bzw. der KBV würden externe Krankenhäuser bei stationärer Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen diese Leistung zusätzlich zum DRG-Erlös erhalten, während für Patienten des Krankenhauses, in dem das A Zentrum angesiedelt ist, die Kosten für die Fallkonferenz aus den DRG-Erlösen zu finanzieren wären. Das würde zu einer Zunahme stationär versorgter Patienten in Krankenhäusern ohne A Zentrum führen, was das Konzept der Zentrenbildung konterkarieren würde. Im Rahmen von Fallkonferenzen werden oft Beratungsleistungen für andere Leistungserbringer erbracht, bevor es ggf. zu einem stationären Aufenthalt kommt (z.B. Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bei pränatal diagnostizierter Fehlbildung incl. Frage nach der Planung von pränataler Intervention, Planung der Geburt bzgl. Zeitpunkt und Ort sowie Planung des postnatalen Vorgehens). Diese im Zusammenhang mit einem zukünftigen stationären Aufenthalt stehenden Leistungen bedürfen der besonderen Expertise des Zentrums.

	<i>Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten des eigenen Krankenhauses und andere Krankenhäuser und zur Abklärung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes vor evtl. stationärer Aufnahme. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden. Die genannten Leistungen sind auch im Rahmen der Betreuung von in Deutschland Krankenversicherten zu erbringen, die über die Strukturen eines ERNs betreut werden	
Fort- & Weiterbildungen GKV-SV 2. KBV 1. PatV 1. DKG 1.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen</i> Ursprungstext KBV: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der</i>	Wenn eine Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltung zu einer oder mehreren Seltenen Erkrankungen vom Zentrum organisiert wird, sollten auch Mitarbeiter des eigenen Hauses und die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen (dürfen). Dadurch wird die Kompetenz in der Betreuung der Patientengruppen gestärkt, die kooperative Betreuung gestärkt und Schnittstellenprobleme adressierbar. Die Zusammenarbeit mit den für die Fortbildung relevanten Selbsthilfeorganisationen erlaubt zusätzliche Einblicke in die Krankheitsbilder und mögliche Schnittstellenprobleme und verbessert damit den Lernerfolg.

	<i>Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.</i> Ursprungstext PatV: <i>Durchführung von einrichtungsinternen und externen Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen, möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen.</i> Ursprungstext DKG: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.</i> Änderungsvorschlag: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des eigenen Krankenhauses, anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen,</i>	

	möglichst in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen.	
Telemedizin GKV-SV 5. PatV 2. DKG 2.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Erbringung zentrumsspezifischer tele-medizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</i> Ursprungstext PatV: <i>Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser insbesondere mit anderen Mitgliedern des eigenen ERNs ebenso wie transversal mit anderen ERNs. Außerdem die Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten des jeweiligen A-Zentrums, wenn Ärztinnen oder Ärzte aus anderen B-Zentren, aus anderen Bereichen des Krankenhauses (nicht für die Seltenen) oder anderer Krankenhäuser beteiligt sind.</i> Ursprungstext DKG: <i>Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</i> Vorschlag: Annahme des Textes des GKV-SV bzw. der DKG.	Beratungsleistungen und Fallkonferenzen werden bereits an anderer Stelle geregelt (siehe oben: GKV-SV 1., KBV 4., DKG 5.).
Register GKV-SV/KBV 6./2. DKG / PatV 3.	Ursprungstext GKV-SV & KBV: <i>Registererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für seltene Erkrankungen.</i>	Nicht nur der Aufbau, sondern auch die Meldungen an Register sind mit sehr viel Arbeit verbunden, die nicht Teil der aktuellen Krankenhausfinanzierung sind. Da Krankenhäuser ohne Zentrum für Seltene Erkrankungen keine Registermeldungen übernehmen werden, ist auch nicht anzunehmen, dass hier in Zukunft eine Finanzierung auf anderem Wege verfügbar wird.

	Ursprungstext DKG & PatV: <i>a) Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für die seltenen Erkrankungen, die im Zentrum betreut werden, unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.</i> <i>b) Befüllen von nationalen oder internationalen interoperablen erkrankungs(gruppen)spezifischen/ Registern oder Datenbanken soweit vorhanden</i> Vorschlag: Annahme des Textes der DKG / PatV	
Lotse / Koordinator GKV-SV 7. PatV 4.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Vorhaltung eines Koordinators, der die Koordination zwischen den Fachzentren (B) innerhalb des Referenzzentrums (A) sowie außerhalb zu anderen Referenzzentren (A) und anderen Fachzentren (B) oder anderen Mitgliedern des Europäischen Referenznetzwerkes übernimmt sowie eines ärztlichen Lotsen, der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.</i> Ursprungstext PatV: <i>Vorhalten einer oder eines SE-Lotsin/SE-Lotsen, die/der auch administrativ unterstützt wird. Der SE-Lotse ist der erste Ansprechpartner für den Patienten und/oder Haus-/Kinder-/Facharzt. Er überprüft formell alle Unterlagen und fordert fehlende Unterlagen an. Er dokumentiert und koordiniert alle Schritte des Patientenpfades. Er übernimmt die Lotsenfunktion, um Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Diagnostik- oder Therapiebedarf an die richtige Stelle im System zu steuern (intern und an andere Einrichtungen bundesweit, ggf. europaweit). Der SE-Lotse ist vorzugsweise ein Arzt oder Ärztin.</i>	Der Textvorschlag des GKV-SV beschreibt am konkretesten die Aufgaben sowie die damit verbundene, vorzuhaltende Personalstruktur.

	Ursprungstext DKG: <i>Einsatz von ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsinnen oder Lotsen oder Koordinatorinnen oder Koordinatoren.</i> Änderungsvorschlag: Annahme des Textes des GKV-SV.	
Technische Angebote DKG 6.	Ursprungstext: Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten. Vorschlag: Keine Änderung, <u>Vorschlag der DKG in §2 Aufgaben aufnehmen.</u>	Gerade für Seltene Erkrankungen muss Spezialdiagnostik zum Teil in kürzester Zeit verfügbar sein (Beispiel V.a. schweren Immundefekt bei positivem Neugeborenenenscreening, Stoffwechselerkrankungen). Diese Vorhaltung übernehmen einzelne Krankenhäuser für viele weitere, auch andere universitäre Einrichtungen.
Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe PatV 7. GKV 7.	Ursprungstext PatV: <i>Für die strukturierte Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden verbindliche Ansprechpersonen eingesetzt, die z.B. auf Angebote der Selbsthilfe hinweisen, gemeinsame Informationen zur Verfügung stellen, Veranstaltungen und Sprechstunden organisieren und eine Beteiligung an der Erarbeitung von Leitlinien ermöglicht.</i> Ursprungstext DKG: <i>Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen (z.B. Beratung und Weitergabe von Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörige, Einladungen zu Informationsveranstaltungen, Information über aktuelle Entwicklungen).</i> Vorschlag: <u>Vorschlag der DKG in §2 Aufgaben aufnehmen.</u>	Die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen ist bei Seltenen Erkrankungen für eine optimale Versorgung der Betroffenen essentiell. Die Zusammenarbeit sollte strukturiert sein.
Netzwerk andere Krankenhäuser	Ursprungstext DKG: <i>Management eines Netzwerks von Krankenhäusern</i>	Die Anbindung externer Typ B-Zentren mit der Übernahme damit verbundener Aufgaben sollte ebenso wie das Management eines

DKG 10. Textbaustein Externe B-Zentren Siehe oben bei GKV-SV/PatV §1 (2) 3.	Änderungsvorschlag: Übernahme der koordinierenden Aufgaben für ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern, insbesondere mit einem oder mehreren krankheitsspezifischen oder krankheitsgruppenspezifischen Fachzentren anderer Krankenhäuser (externe Typ B-Zentren), die die unter §1 (2) genannten Kriterien für integrierte Typ B-Zentren erfüllen. Die Einbindung des Zentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.	Netzwerks aus Krankenhäusern unterstützt werden. Siehe auch Begründung zum Punkt des GKV-SV und der PatV (§1 (2) 3.)
Personal mit besonderer Qualifikation PatV 8. DKG 11. DKG 12.	Ursprungstext PatV: <i>Die ganzheitliche Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen stellt besondere Anforderungen an die bedarfsbezogene Beratung und Vermittlung von ergänzenden Therapien und Hilfsangeboten. Zuschlagsfähig ist die Vorhaltung von Personal mit einer spezifischen Qualifikation für die Wahrnehmung dieser Aufgabe.</i> Ursprungstext DKG 11.: <i>Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote).</i> Ursprungstext DKG 13.: <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.</i> Vorschlag: Vorschlag den Text der PatV oder der Punkte 11. und 13. der DKG in § 2 Aufgaben aufzunehmen.	Die Vorhaltung von Personal mit besonderer Fachexpertise insbesondere auch zur Vermittlung zu Hilfsangeboten ist für Menschen mit Seltenen Erkrankungen essentiell, da die üblichen Hilfsangebote im ambulanten und stationären Sektor oft den Erfordernissen bei Seltenen Erkrankungen nicht gerecht werden und ein großes Detailwissen sowohl zu den Bedürfnissen des Betroffenen als auch zu den Hilfsangeboten erfordern.

Zu Anlage II – Onkologische Zentren (S. 36ff.) – Verantwortlich: GPOH

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Qualitätsanforderungen		
(1) a) GKV-SV/KBV/PatV	Ursprungstext: <i>Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.</i> Änderungsvorschlag: Löschung der 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.	Es gibt keine fachlichen Gründe, eine 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen zu fordern; dem Fach fehlt der Notfallcharakter. Eine pathologische Diagnostik ist zudem an die Laborgestützte Aufarbeitung der Proben gebunden. Daher wird diese Vorgabe auch folgerichtig von der Deutschen Krebsgesellschaft nicht einmal für Comprehensive Cancer Centers gefordert.
(1) c) GKV-SV/KBV/PatV/LV und DKG	Ursprungstext: <i>GKV-SV/KBV/PatV/LV: Sofern kinderonkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E). zu erfüllen.</i>	Besondere Aufgaben wie sie nachfolgend in §2 formuliert werden, fallen in den die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllenden Zentren unabhängig von der Fallzahl an. Bspw. werden Leistungen der Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen Referenzdiagnostik, wie in §2 Punkt 8./9. von GKV-SV und DKG gemeinsam formuliert, auch von Zentren erbracht, die weniger als 30 Zentrumsfälle pro Jahr erbringen. Es gibt für die Qualität der Kinderonkologie in Deutschland keine belastbaren Zahlen, die eine Korrelation von Qualität mit der Fallzahl für die G-BA-Richtlinie erfüllenden Zentren zeigen. Somit kann eine Mindestfallzahl hier nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden.

	DKG: Sofern kinderhämato-onkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen. Ausgenommen von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie. Änderungsvorschlag: Sofern kinderonkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erfüllen.	
(2) DKG (S.38/3)	Ursprungstext: (2) <u>Besondere personelle und fachliche Anforderungen</u> <i>Psychoonkologische Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Psychologen (Diplom/Master) oder Ärzte jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung.</i> Änderungsvorschlag: Die Aufnahme dieses von der DKG formulierten Punktes wird unterstützt.	Gemäß der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) § 4 (6) ist ein angemessener Psychosozialdienst Voraussetzung für eine spezifische pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung.

(3) GKV-SV (S.39/4)	Ursprungstext: a) <i>Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und</i> b) <i>Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa</i> Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG: Das Zentrum wirkt an krankheits oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.	Punkt a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren ist unscharf formuliert. Es ist nicht klar, ob hier für die Erfüllung des Punktes jährlich ein Konsensuspapier oder eine Leitlinie veröffentlicht werden muss; im Bereich der Kinderonkologie, in dem >90% der Patienten in Therapieoptimierungsstudien behandelt werden, ist die Teilnahme an diesen multizentrischen Studien und die Erfüllung der entsprechenden Protokollvorgaben wesentlich, Leitlinien und Konsensuspapiere sind hier von untergeordneter Bedeutung. Der Punkt bietet zu dem Fehlanreize, die dazu führen könnten, dass die Anzahl der Teilnehmer in Leitliniengremien stark ansteigt, was die Arbeit dieser Gremien behindern könnte.
Kooperationen: (4) GKV-SV / (5) DKG	Ursprungstext: GKV-SV/KBV/PatV/LV: <i>Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.</i> DKG: <i>Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Ebene.</i> Änderungsvorschlag: Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen mit Ausnahme der Kinderonkologie unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.	Die Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten erfolgt sektorenübergreifend in kinderonkologischen Zentren, welche die Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) erfüllen. Eine Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten auf vertragsärztliche Ebene findet in Deutschland nicht statt.
(5) GKV-SV / (6) DKG Tab. 1 (S.42/7)	Ursprungstext: <i>Kinderonkologie: Kinder unter 18 Jahren ICD C00-C97 ohne C44; 30 Zentrumsfälle</i> Änderungsvorschlag: Streichen des Punktes Kinderonkologie in der Tabelle (einschließlich ICD-10 Nummern, Neuerkrankungen und Zentrumsfälle)	Durch die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie sind Qualitätskriterien für die Behandlung pädiatrisch-onkologischer Patienten erstellt worden. Dies hat zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Zentren in der Kinderonkologie geführt. Es gibt keine belastbaren Zahlen für Deutschland, die zeigen, dass in den Zentren, welche die Anforderungen der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllen, eine Korrelation zwischen Qualität und Fallzahl besteht (s.a. Begründung zu §1 (1)c). Primär sollte daher wie in der Gesetzesvorlage gefordert, die Aufstellung von Qualitätsanforderungen durch den G-BA erfolgen. Die zudem in der Tabelle genannten ICD-10 Ziffern entsprechen nicht denen in der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie. Beispielsweise fehlen die ICD-10 Ziffern für niedrig-maligne Hirntumoren, die einer interdisziplinären Behandlung mit einer oft mehrmonatigen Chemotherapie bedürfen oder die myelodysplastischen Syndrome, die teilweise eine allogene Stammzelltransplantation erfahren.

§ 2 Besondere Aufgaben

**1. GKV-SV, KBV
und DKG**

**Ursprungstext:
GKV**

Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

KBV:

Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

DKG:

Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von

Der Änderungsvorschlag übernimmt den Part der GKV, der spezifiziert, dass die Leistungen wie Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, interdisziplinären Fallkonferenzen oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, auch einzeln möglich sind und nicht zwingend in ihrer Gesamtheit erforderlich sind.

Des Weiteren wird die Formulierung der DKG übernommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgegeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

	<i>interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	
2.) GKV-SV/LV und KBV/PatV	Ursprungstext: GKV-SV/LV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen</i> KBV/PatV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen</i> Änderungsvorschlag:	Da die Behandlung pädiatrisch-hämato-onkologischer Patienten sektorenübergreifend von kinderonkologischen Zentren erbracht wird, ist eine Einbindung von Vertragsärzten in regelmäßige strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen nicht zwingend erforderlich. Ebenso ist es wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.

	Übernahme des Vorschlags der DKG	
4. GKV-SV /KBV/PatV	Ursprungstext: GKV-SV /KBV/PatV <i>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des onkologischen 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; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:</i> - Darstellung des Onkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie bzw. der Fachärzte mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen oder Patienten anderer Krankenhäuser), - Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, - Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, - Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen onkologischen Zentren und	Die Formulierung der DKG fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren. Während der Text der DKG ohne weiteres auf die Kinderonkologie übertragbar ist, wären bspw. beim Punkt „Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte“ hier nicht die Onkologen, sondern Kinderonkologen zu nennen, statt der Chirurgen, die Kinderchirurgen, zudem wäre ein Kinderradiologe zu spezifizieren. Ebenso wären bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen wie bspw. die Zertifizierung von Stammzelltransplantationseinheiten nach JACIE, nicht in der Definition von GKV-SV /KBV/PatV enthalten.

	- Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet. Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG	
7. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde konkret zu benennenden Registers.</i> Änderungsvorschlag: Streichung des Passus	Die Erstellung von Registern erfolgt aufgrund medizinischer Charakteristika, der zu erfassenden Patientenpopulationen; durch den medizinischen Fortschritt kommt es hier zu Neudefinitionen von Patientengruppen, die in bestimmten Registern erfasst werden und von besonderen Behandlungsformen profitieren können. Eine Benennung dieser Register durch eine Landesbehörde ist nicht notwendig und führt zu vermehrtem Verwaltungsaufwand. Die Meldung von Patienten mit onkologischen Diagnosen ist ohnehin bereits durch das Krebsregistergesetz verpflichtend geregelt, unabhängig von der Diagnosestellung in einem onkologischen Zentrum.
7. GKV-SV	Ursprungstext: GKV-SV <i>Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)</i> Änderungsvorschlag: Übernahme des Passus der DKG	Der Passus der DKG beinhaltet hier zusätzlich psychoonkologische Leistungen. Insbesondere in der Kinderonkologie liegen bei großem Teil der Patienten und deren betroffenen Familien außergewöhnliche Belastungen vor, die einer intensiven psychosozialen Betreuung durch Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen bedarf (s.a. §4 (6), KiOn-RL).
8./9. GKV-SV/DKG	Ursprungstext: GKV-SV/DKG <i>Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von</i>	Die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie fordert, wenn immer möglich, die Teilnahme pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten an Therapieoptimierungsstudien (§6 (1) KiOn-RL). Während bei Kindern der Anteil an Patienten in Therapieoptimierungsstudien i.R. bei > 90% liegt, ist er bspw. bei Erwachsenen mit soliden Tumoren um die 20%.

	<i>Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.</i> Änderungsvorschlag: Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik, inklusive der damit verbundenen Aufwendungen der an den Therapieoptimierungsstudien teilnehmenden Kliniken.	Da es für einen großen Teil kideronkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind. Dabei sind insbesondere folgende durch Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien bedingte Mehrkosten zu nennen: 1. Regelmäßige Dokumentation und Berichterstattung der Diagnostik und Therapie an die Studienleitung (§6 (1) KiOn-RL) 2. Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend den Vorgaben in den Studienprotokollen (§5 (5) KiOn-RL) 3. Regelmäßige Teilnahme an Treffen der Studiengruppen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien (§5 (6) KiOn-RL)
10. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Fachspezifische Qualifizierungsmaßnahmen für die Ausbildung besonders geschulter onkologischer und palliativmedizinischer Fachpflegekräfte.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie zur Qualitätssicherung muss das kideronkologische Pflgeteam mindestens 2 Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Onkologie aufweisen (§4 (4) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kideronkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Qualifizierungsmaßnahmen für besonders geschulte onkologische Fachkräfte für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
13. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Als Beispiel ist hier die Vorhaltung von Reinrumlaboren zur Verarbeitung von Stammzelltransplantaten bei autologen und allogenen Stammzelltransplantationen zu nennen.

14. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie muss das pädiatrisch-onkologische Zentrum über einen eigenen Rufdienst verfügen (§4 (3) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Vorhaltung eines kinderonkologischen Rufdienstes für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

Zu Anlage III – Traumazentren (S. 48ff.)

	Bei der Definition der Traumazentren begrüßen wir ausführlich die spezifische Berücksichtigung der Kindertraumatologie und halten die Definition entsprechend des Weißbuchs für sinnvoll. Hier wollen wir darauf hinweisen, dass im Oktober 2019 eine Neuauflage erscheinen wird.	

Zu Anlage IV – Rheumatologische Zentren (S.58ff.) – Verantwortlich: GKJR

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage IV, Punkt 1a, Version PatV (Seite 59) analog Anlage IV, Punkt 4a, Version DKG und Punkt 5a, Version GKV-SV	Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie: a) Fachdisziplin innerhalb einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, oder Fachabteilung unter Pädiatrischer Leitung innerhalb eines Zentrums für Rheumatologie	1. Dankenswerter Weise erfolgt die Nennung eines notwendigen multiprofessionellen Teams (mit Psychosozialen Dienst, Kinder-Physiotherapie). 2. Vorrangig ist vor allem eine interdisziplinäre, kindgerechte und fachärztliche Versorgung der Kinder auf hohem Niveau sicher zu stellen. Die Krankheiten in der Kinderrheumatologie sind häufig entzündliche Systemerkrankungen. Ebenso wie in den Definitionen für Erwachsenen-Rheumatologie ist daher die Versorgung durch Kinderärzte mit Expertise in verschiedenen Spezialgebieten (z.B. Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderpneumologie, Kindergastroenterologie, Kinderneurologie, Kinderradiologie, Intensivmedizin) von großer Bedeutung. Diese Versorgung sollte im Zentrum möglich sein, was bei Kinder- und Jugendkliniken in aller Regel auch gegeben ist. Bei Fachabteilungen innerhalb anderer Einrichtungen sollte die Zusammenarbeit mit entsprechenden Pädiatrischen Spezialisten schriftlich geregelt sein. Ebenso sollte die nötigenfalls mögliche Notfallversorgung (24/7) sicher gestellt werden. 3. Die Kinderrheumatologie ist an wenigen Standorten innerhalb einer Klinik als eine eigenständige Fachabteilung, dann sollte eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum vorhanden sein. Diese pädiatrischen Fachabteilungen müssen so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.
Anlage IV, Punkt 1a, Version PatV (Seite 59)	b) Mindestens zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Rheumatologie am Standort	Ein kinderrheumatologisches Zentrum mit nur einem zertifizierten Kinderrheumatologen kann den Qualitätsansprüchen nicht genügen. Es muss auch im Krankheits-/Urlaubs-/Vertretungsfall jeweils mindestens ein qualifizierter Kinderrheumatologe im Haus sein.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage IV, Punkt 4a/b, Version DKG analog Anlage IV, Punkt 5, Version GKV-SV und Punkt 4a, Version PatV (alle ab Seite 64)	Mindestfallzahlen Kinderreumatologie: Versorgung von mind. 200 Patienten, davon wenigstens 50 in stationärer Betreuung jährlich mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren. Bei stationären Behandlungen als Folge einer rheumatologischen Erkrankung kann diese auch Nebendiagnose sein.	Die Kinderreumatologie hat in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der kranken Kinder in ihr soziales Umfeld von entscheidender Bedeutung. Daher ist die Beschränkung der Behandlung rheumakrankter Kinder und Jugendliche auf das stationäre Umfeld undenkbar. Die in §2 genannten besonderen Aufgaben werden überwiegend für die (Weiter-)Betreuung ambulanter Patienten erfüllt. Dieser Situation sollte bei Festlegungen von Mindestfallzahlen Rechnung getragen werden. Die Diagnosenlisten sind nicht deckungsgleich. Bezogen auf die ICD-10 Diagnosenliste der PatV sind zu ergänzen: A69.2 Lyme Krankheit D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose F45. Chronische Schmerzstörung H20.0 akute Iridozyklitis H20.1 chronische Iridozyklitis I37.1 Pericarditis I73.0 Raynaud Syndrom K50. Crohn Krankheit K51. Colitis ulcerosa L40.5 Psoriasis arthropathie L93.0 discoider Lupus erythematodes L94.1 Lineare Sklerodermie L95.6 Cutane Vaskulitis M00.90 Septische Arthritis M79. Panniculitis R05.9 Fieber A69.0 Familiäres Mittelmeerfieber / Fiebersyndrome neue ICD)
Zu § 2 Besondere Aufgaben:		

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Punkt 1, Version GKV-SV analog Punkt 1, Version DKG und Version KBV/PatV (alle S. 68)	Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. „Kinderrheuma-Boards“) mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als konsiliarische Dienstleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Die ambulanten Patienten sollen unbedingt in die besonderen Aufgaben mit aufgenommen werden. Denn hier werden ja in den interdisziplinären Besprechungen gerade auch Patienten besprochen, die entweder noch nicht stationär waren (zur Planung) oder anschließend ambulant weiter betreut werden. Es handelt sich um chronische Erkrankungen, bei denen die Weiterbehandlung im ambulanten Setting mindestens so wichtig ist wie die (Akut-)Behandlung im stationären Bereich. Gerade dafür sind die interdisziplinären Konferenzen unabdingbare Steuerungsinstrumente.

Zu Anlage V – Herzzentren (S. 74ff.)

	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.	

Zu Anlage VI – Schlaganfallzentren (S.85ff.)

Zu Anlage VII – Lungenzentren (S. 89ff.)

	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.	

Zu Anlage XIII– Sonstige ausgewiesene Zentren (S. 93ff.)

Zu § 1 Qualitätsanforderung	Es fehlt die Definition eines Bauch-Zentrums für Kinder und Jugendliche . Dieses beinhaltet konservativ und operative Erkrankungen des Verdauungstraktes und der Leber. Insbesondere fachübergreifend zu behandelnde Erkrankungen wie angeborene Fehlbildungen (z.B. Atresien, Bauchwanddefekte), Gallengangsatresie und viele seltene und komplexe, chronische Erkrankungen (z.B. Kurzdarmsyndrom, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, intestinale Neuro- oder Myopathien). Es gelten hier die spezifischen Anforderungen an ein Zentrum für Kinder und Jugendliche (siehe allg. Teil).	Kinder und Jugendliche haben andere oder anders verlaufende Erkrankungen, und bedürfen modifizierter oder anderer diagnostischer Verfahren und therapeutischer Strategien, die den Entwicklungsstand des Kindes oder einzelner Organe berücksichtigen.

	Kindergastroenterologen und Kinderchirurgen sind neben anderen Spezialisten (Kinderradiologen, Ernährungsfachkräfte u.a.) obligatorisch für das pädiatrische Bauch-Zentrum.	
Zu § 2 Besondere Aufgaben:	Das Bauch-Zentrum für Kinder und Jugendliche nimmt eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation des Patienten und seiner Familie wahr.	

Zu Anlage VIII – Nephrologische Zentren (S.97ff.) – Verantwortlich: Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie

Zu § 1 Qualitätsanforderungen	Es fehlt die Definition eines Nephrologischen Zentrums für Kinder- und Jugendliche, die wir an dieser Stelle einfordern. Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche sind interdisziplinär aufgestellt und arbeiten zur vollumfänglichen Behandlung mit den Fächern Kinderurologie, Kinderchirurgie, Transplantationschirurgie, pädiatrische Intensivmedizin sowie allen anderen pädiatrischen Subdisziplinen zusammen. Eine Dialyseeinrichtung für Kinder- und Jugendliche am Zentrum dient der akuten und chronischen Behandlung von Nierenversagen, Entgiftungen, Stoffwechselentgleisungen, sowie Plasmapheresen und Immunabsorptionsverfahren schwerer spezieller immunologischer Erkrankungen. Hierzu ist ein regionaler organisierter Informationsaustausch auf zu bauen und Behandlungspfade fest zu legen. Regional besteht eine Zusammenarbeit und ein Netzwerk mit anderen Kinderkliniken, um Beratungen, Fortbildungen und Zusammenarbeit bei klinischen Studien zu gewährleisten.	Angeborene und erworbene Erkrankungen der Nieren und des Harntraktes bei Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen unterscheiden sich grundlegend vom Erkrankungsspektrum erwachsener Patienten. Kinder mit Erkrankungen der Nieren und Ableitenden Harnwege werden ausschließlich in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin behandelt und nicht in Organzentren oder Abteilungen für Erwachsenen Nephrologie. Das Spektrum der Erwachsenen Erkrankungen ist überwiegend erworben (z.B. Diabetische Nephropathie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), während Pädiatrisch Nephrologische Erkrankungen überwiegen angeboren, genetische Ursachen einschließlich Stoffwechselstörungen aufweisen. Der besondere Schwerpunkt liegt auf der Sicherstellung von Wachstum, Entwicklung und Vorbereitung für die soziale Integration. Die Behandlung soll in einem kindgerechten Setting erfolgen. Eine besondere Ausweisung von Kindernefrologischen Zentren neben Erwachsenen Zentren ist zur Qualitätssicherung dringlich erforderlich.

	Vorstadien von Nierenversagen sollen so rechtzeitig nach Absprachen in die Zentren zu Dialysebehandlung oder zur Abwehr von Dialysebehandlungen verlegt werden. Eine Rückübernahme muss nach erfolgreicher Behandlung jederzeit möglich sein. Daten von seltenen oder komplizierten Erkrankungen werden in Registern erfasst. Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche müssen einem Transplantationszentrum angeschlossen sein, um die Indikationsstellung zur Transplantation und die Pflege der Wartelisten zu gewährleisten.	
Zu § 2 Besondere Aufgaben	Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche verpflichten sich der ganzheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Familien orientierten psychosomatischen und psychologischen Situation. Sie nehmen in Deutschland regionale Aufgaben wahr und verpflichten sich zudem zur Vernetzung untereinander zur Förderung von Wissenschaftlichem Fortschritt, Registern und zur Durchführung von Klinische Studien.	

Zu Anlage IX – Transplantationszentren (S. 100ff.)

Zu § 1 Qualitätsanforderungen	Zentren, in denen Kinder-/Jugendliche eine Organtransplantation erhalten sollen, müssen die spezifischen Aspekte von Medizin für Kinder und Jugendliche (siehe Allgemeinteil) vollumfänglich erfüllen. Es bedarf organspezifischer Qualitätsanforderungen für pädiatrische Transplantationszentren (i.d.R. Subzentren übergeordneter Transplantationszentren).	Beispielhaft kann hier die Definition von Zentren für Lebertransplantationen von Kindern und Jugendlichen, wie sie von Melter et al 2007 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde (Melter M et al, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 23; A1-A7; 2007), herangezogen werden.
Zu § 2 Besondere Aufgaben	Entsprechend der Eingaben des GKV-SV (Abs. 1-5) nehmen Zentren für die Organtransplantation von Kindern	

	und Jugendlichen organspezifisch die besonderen Aufgaben von Transplantationszentren für alle entsprechenden Kinder und Jugendliche wahr.	

Zu Anlage X – Kinderonkologische Zentren (S. 103ff.) – Verantwortlich: GPOH

Zu § 1 Qualitätsanforderungen GKV-SV	Ursprungstext: GKV-SV <i>Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das kinderonkologische Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als kinderonkologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein</i> Änderungsvorschlag: Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gilt übergangsweise die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 1.5.2006, zuletzt geändert am 7.11.2018. Eine Ausweisung im Landeskrankenhausplan ist nicht Voraussetzung.	Da in den Ländern unterschiedliche Kriterien zur Aufnahme einer kinderonkologischen Abteilung in den Landeskrankenhausplan angelegt werden, die Kriterien zu einem großen Teil für die Kinderonkologie nicht zutreffend sind, muss die Forderung des GKV-SV abgelehnt werden, dass die derzeit in den Landeskrankenhausplänen geltenden Qualitätsanforderungen bis zur Formulierung für die Kinderonkologie geltenden Forderungen zum 31.12.2020 weiter gültig sind (s.a. Stellungnahme/Begründung zu §3 (8) GKV). Aus dem gleichen Grund kann die Ausweisung im Landeskrankenhausplan vor dem 1.1.19 nicht Voraussetzung für ein kinderonkologisches Zentrum sein, zumal aktuell in der Mehrzahl der Bundesländer noch keine Kinderonkologischen Zentren im Krankenhausplan ausgewiesen sind. Zudem wird im PpSG gefordert, dass der G-BA Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren beschließt; eine Ausweisung eines Zentrums im Landeskrankenhausplan stellt keine besondere Aufgabe dar.

Zu § 2 Besondere Aufgaben GKV-SV	Ursprungstext: <i>Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Im Änderungsvorschlag wird zusätzlich aufgenommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind (s.a. Begründung zu Anlage II onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben, Punkt 1)
3. GKV	Ursprungstext: GKV-SV/LV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen</i> Änderungsvorschlag: Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für eigene	Es ist wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.

	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen	
4. GKV	Ursprungstext: <i>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</i> Änderungsvorschlag: Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise und Abgabe von Behandlungsempfehlungen	Die Unterstützer anderer Leistungserbringer erfolgt in der Kinderonkologie in der Hauptsache durch die Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise durch die Studienleitungen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien. Die Prüfung und Bewertung von Patientenakten ist hierzu nicht notwendig und wird nicht als qualitätsfördernd erachtet.
5. GKV	Ursprungstext: <i>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des kideronkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:</i> <i>a. Darstellung des kideronkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,</i> <i>b. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie,</i>	Die sich an die DKG anlehrende Formulierung (Anlage II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben, Punkt 10. DKG) fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren.

	<i>c. Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),</i> <i>d. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung,</i> <i>e. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,</i> <i>f. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen kideronkologischen Zentren und</i> <i>g. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.</i> Änderungsvorschlag: Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner und spezieller Qualitätssicherungsverfahren und Darstellung derselben in einem jährlichen öffentlichen Bericht.	
	Vorschlag Übernahme der Punkte 7 -17 aus Anhang II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge (s.o.)	S.o. Begründungen zu nachfolgenden Punkten von Anhang II, onkologische Zentren, § 2 Besondere Aufgaben: 7. DKG 7. GKV-SV 8./9. GKV-SV/DKG 10. DKG 13. DKG 14. DKG

	Vorschlag Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung.	Die Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung wird in der Richtlinie zur Kinderonkologie als Qualitätsmerkmal eines kinderonkologischen Zentrums gefordert (§5 (1)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung solcher abteilungsinterner Besprechungen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
	Vorschlag Regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikums Mainz	Die regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikum Mainz ist verpflichtend (§6 (2)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und eine Meldung erwachsener onkologischer Patienten nicht erfolgt, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

DGKL e.V. | Geschäftsstelle Berlin |
Alt-Moabit 96a | D-10559 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
z. Hd. Dirk Hollstein
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

GESCHÄFTSSTELLE
RFRI TN

DGKL e.V.
Alt-Moabit 96a
10559 Berlin

Tel. +49-030-394054-15
stempel@dgkl.de
www.dgkl.de

Präsident	Univ.-Prof. Dr. M. Nauck
Vizepräsident	Univ.-Prof. Dr. H. Renz
Schatzmeister	Prof. Dr. Dr. T. Demant
Schriftführer	Prof. Dr. M. Vogeser
Präsidiumsmitglied	Dr. J. Hallbach
Präsidiumsmitglied	Prof. Dr. M. Klouche
Geschäftsführerin	Karin Stempel

20.09.2019

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Sehr geehrter Herr Hollstein,

die Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V. (DGKL) begrüßt die Bestrebungen zur Regelung von medizinischen Zentren und Schwerpunkten, da dies mit der Qualitätssicherung und der Bereitstellung und Aufrechterhaltung hoher medizinischer Standards einhergeht und somit insgesamt dem Patientenwohl dient.

Die DGKL möchte an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hinweisen, dass die Laboratoriumsmedizin ein essentieller Partner und Leistungserbringer für die Diagnostik und Therapie von Krankheiten darstellt. Labormedizinische Befunde bilden die Grundlage für einen Großteil ärztlicher Entscheidungen. Labormediziner sind, zusammen mit ihren klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, eng in die Behandlung von Patienten involviert, ganz besonders bei Seltenen Erkrankungen, z.B. seltenen Stoffwechselstörungen oder auch bei Patienten mit Tumorerkrankungen. Dies gilt auch für die Bildung von interdisziplinären Fallkonferenzen sowie Netzwerkpartnern, da der fachliche, interdisziplinäre Austausch für eine qualitativ hochwertige Behandlung von Patienten unerlässlich ist.

Vor diesem Hintergrund würden wir es ausdrücklich begrüßen, wenn die Labormedizin als eigenständige, relevante medizinische Disziplin in den o.g. Punkten auch explizit als solche

genannt wird. Aus Sicht der DGKL ist es unerlässlich, alle für eine gesicherte Patientenversorgung relevanten Faktoren und Fachbereiche mit ihren jeweiligen Leistungen auch konkret zu definieren und zu würdigen. Leider müssen wir feststellen, dass dies in dem vorliegenden Beschlussentwurf für den Fachbereich Laboratoriumsmedizin nicht der Fall ist. Wir möchten daher die Empfehlung aussprechen, den Beschluss dahingehend zu konkretisieren und labormedizinische Leistungen aktiv einzubeziehen.

Für eine Berücksichtigung unserer Anmerkungen danken wir Ihnen im Voraus.
Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,



Karin Stempel
-Geschäftsführerin-

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.
20.09.2019

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage I §2, u.a. DKG Nummer 6 (Beschlussentwurf) sowie 2.7.2.12 DKG Nummer 6 (Tragende Gründe)	Spezialdiagnostik / Speziallabore, außergewöhnliche Fachexpertise	Konkrete Benennung der Laboratoriumsmedizin als essentieller Partner und Leistungserbringer der zugrundeliegenden labormedizinischen (Spezial-) Diagnostik. Details siehe Anschreiben.
Anlage I §2, GKV-SV Nummer 1; Pat-V Nummer 2; KBV Nummer 4; DGK Nummer 5 (Beschlussentwurf)	Interdisziplinäre Fallkonferenzen	Begründung analog zu #1.
Anlage I §2, GKV-SV Nummer 3 (Beschlussentwurf)	...andere Leistungserbringer	Begründung analog zu #1.
GKV-SV/KBV/PatV Nummer 4 (Beschlussentwurf)	Netzwerkpartner	Begründung analog zu #1.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie
20.09.2019

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht Einrichtung von neuromedizinischen Zentren	Einrichtung von neuromedizinischen Zentren (Spezifizierung siehe weiter unten)	Die DGN sieht die dringende Notwendigkeit, im Bereich der Neurologie neben den neurovaskulären Zentren weitere neuromedizinische Zentren vorzusehen. Entsprechende Schwerpunkte liegen vielerorts bereits vor. Auf Landesebene wurde das Konzept von neuromedizinischen Zentren anerkannt. Wenn der GBA nun aber die neuromedizinischen Zentren nicht vorsieht, wird dieser auf Landesebene genehmigte Status nicht erlösrelevant werden.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht Einrichtung von neuromedizinischen Zentren	Neuroonkologische Zentren	Neuroonkologische Zentren stellen eine besondere Expertise und besondere Vorhaltungen für die Behandlung von Tumoren des Nervensystems zur Verfügung. Diese Vorhaltungen und Expertise stechen gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich heraus. Es besteht eine geregelte enge Zusammenarbeit von Neurologen, Neurochirurgen und Strahlentherapeuten. Klare Indikatoren sind die Organisation von interdisziplinären Fallkonferenzen, Kolloquien und Fortbildungen, sowie die regelhafte Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht Einrichtung von neuromedizinischen Zentren	Neuromedizinische Zentren für seltene Erkrankungen	Nach § 136c Absatz 5 Satz 2 Buchstabe b SGB V liegt eine besondere Vorhaltung vor, wenn zum einen wegen einer geringen Häufigkeit einer Erkrankung (bspw. Betroffenheit von nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen) oder zum anderen wegen der Besonderheit einer Erkrankung eine spezielle Vorhaltung vorliegt. Für derartige Krankheiten halten Neuromedizinische Zentren für seltene Erkrankungen eine besondere personelle Fachexpertise und apparative Ausstattung vor. Entsprechende Zentren sind Deutschland- und Europa-weit vernetzt. Wichtige Aufgaben sind die regelmäßige Durchführung einer interdisziplinären Sprechstunde für nicht gesicherte Diagnosen und die Durchführung spezieller Therapien für seltene Erkrankungen.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht Einrichtung von neuromedizinischen Zentren	Neuroimmunologische Zentren (MS-Zentren)	Neuroimmunologische Zentren stellen eine besondere Expertise und besondere Vorhaltungen für die Diagnostik und Behandlung von Multipler Sklerose und anderen neuroimmunologischen Erkrankungen zur Verfügung. Diese Vorhaltungen und Expertise stechen gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich heraus. Es besteht eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit Schwerpunktpraxen. Ein spezielles Ausbildungscurriculum für die beteiligten Berufsgruppen liegt vor. Klare Indikatoren sind die Organisation von interdisziplinären Fallkonferenzen, Kolloquien und Fortbildungen, sowie die regelhafte Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht Einrichtung von neuromedizinischen Zentren	Neuromedizinische Zentren für Bewegungsstörungen (Parkinson-Zentren)	Neuromedizinische Zentren für Bewegungsstörungen (Parkinson-Zentren) stellen eine besondere Expertise und besondere Vorhaltungen für die Behandlung von Parkinsonkranken und Patienten mit anderen Bewegungsstörungen zur Verfügung. Diese Vorhaltungen beinhalten die interdisziplinäre Versorgung einschließlich operativer Verfahren (Hirnschrittmacher). Die Expertise grenzt die Zentren gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich ab. Es besteht eine geregelte enge Zusammenarbeit von Neurologen, Neurochirurgen und Naturwissenschaftlern. Klare Indikatoren sind die Organisation von interdisziplinären Fallkonferenzen, Kolloquien und Fortbildungen, sowie die regelhafte Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren.



DGNC

Deutsche Gesellschaft
für Neurochirurgie

An den
Gemeinsamen Bundesausschuß
z.Hd. Herrn Dirk Hollstein

Gutenbergstrasse 13
10587 Berlin

Lübeck, 16.09.2019

Präsident

Prof. Dr. med. Volker Tronnier

Direktor der Klinik für Neurochirurgie
Campus Lübeck
Universitätsklinikum Schleswig-
Holstein
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Telefon: 0451 500-43201
Telefax: 0451 500-43204
E-Mail: praesident@dgnc.de

Betreff: GBA zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

Sehr geehrter Herr Hollstein,

der GBA hat jetzt einen Beschlussentwurf zu den Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten in Krankenhäusern vorgelegt (26.August 2019). Inhaltlich geht es darum wann ein klinisches Zentrum ein „Sonderentgelt“ von der GKV erhält. Hierzu wurde ein detaillierter Katalog Beschlussentwurf (Anlage 1 von 105 Seiten) eine Erläuterung „Tragende Gründe“ (Anlage 2 von 167 Seiten), ein Formular mit einer Stellungnahme und die Liste der angefragten wiss. Fachgesellschaften mit Nennung der DGNC.

Die **Neurochirurgie** ist bei verschiedenen aufgeführten Zentren beteiligt:

Anlage 1 seltene Erkrankungen (S.13 ff): fast alle neurochirurgischen Erkrankungen sind seltene Erkrankungen (5 Fälle auf 10 000).

Anlage 2 onkologische Zentren (Seite 36) siehe auch Zahl der neuroonkologischen Tumore (S.42)

Anlage 3 Anforderung an Traumazentren (S.48ff)

Hierbei sind Neurochirurgen schon gut vertreten in den überregionalen Traumzentren §1 Qualitätsanforderungen (Neurochirurg vor Ort 24/365)
Hier würde die DGNC unter §1 Absatz 2 bei „besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung“ die Einführung einer speziellen (unfall-/neurochirurgischen) SHT-Dokumentation fordern.

Anlage 4 Rheumatologische Zentren (S.58)

Anlage 5 Anforderungen an Herzzentren (S.74)

Anlage VI Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren) (S.85-88)

Hier sollte in allen Abschnitten die Doppelbezeichnung Schlaganfallzentren/Neurovaskuläre Zentren benutzt werden. Wird lediglich der Begriff des Schlaganfallszentrums benutzt, entsteht damit eine Dominanz der Neurologie; die Diagnostik und Therapie des „blutigen Schlaganfalls (Intrakranielle

Geschäftsstelle

c/o Conventus Congress-
management & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena

Telefon: 03641 31 16-465
Telefax: 03641 31 16-243
E-Mail: gs@dgnc.de
Internet: www.dgnc.de

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer
Braunschweig
BIC
DAAEDEDXXX
IBAN
DE02 3006 0601 0006 1601 07

Blutung, Subarachnoidalblutung) ist jedoch Domäne der Neurochirurgie. Insofern ist eine Ausweisung der Zentren bis 31.12.2021 wünschenswert

Anlage VII Lungenzentren (S.89)

Anlage XIII- sonstige Zentren (S93)

Hier ist festgelegt, dass alle Zentren , die bis zum 8.Dezember 2016 im Landeskrankenhausplan ausgewiesen sind, werden weiterhin finanziert . Bis zum 31.12.2022 werden diese vom GBA evaluiert.

Anlage VIII Nephrologische Zentren (S.97)

Anlage IX Transplantationszentren (S.100)

Anlage X Kinderonkologische Zentren (S.103) Hier werden nur die Zentren anerkannt, die vor dem 1.1.2019 im Landeskrankenhausplan aufgeführt sind. Eine Überarbeitung der Zertifizierungskriterien durch die DGNC für 2020 ist geplant.

Für alle Zentren, bei der die DGNC beteiligt ist, gilt, dass die Datenhoheit über Patienten und Behandlungsdaten bei den beteiligten Fachgesellschaften bleibt mit der Möglichkeit der Einsichtnahme durch GBA und benannte Stellen, dass diese Daten aber nicht in die Bundeshoheit übergehen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. V. Tronnier
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Neurochirurgie

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

DGNC Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie
15.9.2019

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage III Anforderungen an Traumazentren	Zusätzliche Einführung und Pflege eines SHT-Moduls (Schädelhirntrauma-Moduls)	Begründung für ein DGU-DGNC Schädelhirntrauma-register mit Zusätzlichem SHT-Modul Warum ein zusätzliches SHT-Modul? Das Schädelhirntrauma steht in der Krankenhausstatistik(DIMDI) an 5.Stelle aller Diagnosen, deren Anzahl von Jahr zu Jahr zunimmt (2005 wurden 203 784 und 2016 bereits 282 678 – ICD/10-S06- Verletzungen registriert). Das Schädelhirntrauma verursacht für den Patienten oftmals eine entscheidende biographische Zäsur. Die Gesichtspunkte, die bei dem Aufbau eines Registers und die Kriterien nach dem dessen Qualität zu messen sind, wurden in einem Memorandum niedergelegt, an dem auch die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie beteiligt war (Müller

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		D et al. Memorandum Register für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2010;72:824-839). Schon heute nehmen viele neurochirurgische Kliniken am zertifizierten Trauma-Netzwerk der DGU teil. Dieses existiert schon seit Jahrzehnten und hat sich national breit aufgestellt. Allerdings gibt es in dem bisher vorliegenden Datenkatalog keine spezifischen Module für das Schädelhirntrauma. Das SHT-Register - angedockt an das Trauma-Netzwerk - schließt jetzt diese Lücke. Für die Entwicklung, den Aufbau und die Umsetzung eines SHT-Registers treffen sich seit 2016 engagierte Neurochirurgen und Unfallchirurgen aus ganz Deutschland in einem Qualitätszirkel der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Dieser Arbeitsgruppe gehören bisher 12 Kliniken an, die alle schon nach dem Traumaregister zertifiziert sind. Inzwischen wurden die für ein Schädelhirntrauma spezifischen Module erarbeitet und konsentiert. Einbezogen ist eine Nachuntersuchung nach 6 und 12 Monaten. Gegenwärtig erfolgt die Umsetzung mit Unterstützung der AUC (Akademie für Unfallchirurgie). In einem gemeinsamen Kooperationsvertrag zwischen den beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGU und DGNC wurden die Einzelheiten festgelegt und vereinbart. Die gegenwärtige Pilotphase wird ab 2020 dann in alle überregionalen Traumazentren und beteiligten neurochirurgischen Kliniken umgesetzt.. Zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung von Schädelhirnverletzten ist die zusätzliche Dokumentation

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		und deren Pflege notwendig. Diese erfolgt zusätzlich zu der Dokumentation des DGU-Traumanetzwerkes mittels eines speziellen SHT-Moduls und ist nur für die Kliniken vorgesehen, die schon an diesem Netzwerk teilnehmen. Das SHT-Modul bedarf eines besonderen Aufwandes.

Berlin, 23.09.2019

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.

Ermittlung der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, die in der AWMF organisiert sind. hier: Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR) e.V. ist die Fachvertretung der in Deutschland praktizierenden Radiologen mit der Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie und zählt aktuell 1.100 Mitglieder. Sowohl mit ihren diagnostischen Verfahren (Gefäßdarstellungen, Schnittbildgebung, funktionelle Bildgebungsmethoden) als auch mit ihren interventionellen, minimalinvasiv-kathetergestützten Therapieverfahren nimmt die Neuroradiologie in der Diagnostik und Therapie neurovaskulärer Erkrankungen eine Schlüsselstellung ein.

Seit dem Jahr 2012 bietet die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V. in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und Minimalinvasive Therapie (DeGIR) Zertifikate für die neuro-interventionellen Eingriffe an „Modul E“, benannt nach der fortlaufenden Reihe interventionsradiologischer Behandlungsfelder, beinhaltet alle gefäßeröffnenden Maßnahmen sowohl außerhalb als auch innerhalb des Schädels (extra- und intrakraniell). Zugangsvoraussetzung für diese Einzelzertifizierung ist der Facharzt für Radiologie. Aktuell haben 344 Kolleginnen und Kollegen das Zertifikat erworben.

Die DGNR begrüßt die Bemühungen zur Konkretisierung der Aufgaben von Zentren und unterstützt grundsätzlich die im Beschlussentwurf genannten Vorgaben für „Schlaganfallzentren“. Unklar bleibt allerdings die gewählte Begrifflichkeit „Schlaganfallzentrum“. Die deutsche Versorgungsstruktur für die Akutversorgung des ischämischen Schlaganfalls fußt auf den Zertifizierungskriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) und ihrer Partnergesellschaften zu denen die DGNR zählt. Hier wird zwischen „regionalen Stroke Units“ und „überregionalen Stroke-Units“ unterschieden. Als dritte Stufe existieren seit 2018 die „Neurovaskulären Zentren“ (NVN), in denen eine von drei Fächern Neurologie, Neuroradiologie (Neuroradiologen nur mit dem Zertifikat in Modul F, „gefäßverschießende Maßnahmen extra- und intrakraniell) und Neurochirurgie getragene interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit komplexen neurovaskulären Erkrankungen angeboten wird.

Wir würden es ausdrücklich begrüßen, wenn die in der Versorgungslandschaft fest verankerten genannten Begrifflichkeiten in die Ausführungen des G-BA Eingang finden würden und – wichtiger noch – die stetig und überprüften und weiterentwickelten Kriterien zur Zertifizierung der genannten Stufen als Referenz in das Papier aufgenommen würden. Hierzu zählt insbesondere auch das von unserer

Fachgesellschaft getragene Zertifizierungsprogramm für interventionelle (Neuro-)Radiologen (siehe oben).

Für den vertiefenden Austausch in Form einer mündlichen Stellungnahme steht der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie e.V. gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen:

POSITIONSPAPIER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Versorgung des ischämischen Schlaganfalls in Deutschland gehört in die Hände der neurologischen und neuro-/radiologischen Facharztdisziplinen

<https://www.dgnr.org/de-DE/143/pos-papier-thrombektomie-facharztdisziplinen>

Zertifizierungsprogramm in Interventioneller Neuroradiologie:

<https://www.dgnr.org/de-DE/55/zertifizierungsprogramm-in-interventioneller-neuroradiologie>

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.

Geschäftsstelle

Florian Schneider

Ernst-Reuter-Platz 10 / 10587 Berlin

Tel.: 030 916070-19 Mobil: 0171 44 58 201 / Fax: 030 916070-22

E-Mail: dgnr@neuroradiologie.de / www.dgnr.org



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

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

10587 Berlin

Per E-Mail: AufgabenZS@g-ba.de

Berlin, 23.09.2019

Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

der Gemeinsame Bundesausschuss bereitet die Entscheidung über die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren im Rahmen des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) vor. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) e.V. spricht sich in diesem Zusammenhang für die Berücksichtigung von Einrichtungen aus, die als Endoprothetikzentren nach dem EndoCert Verfahren zertifiziert sind.

Begründung:

Die EndoCert-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) e.V. zielt über definierte Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität von endoprothetischen Therapieverfahren.

Die Versorgung der rund 400.000 Patienten, bei denen ein Eingriff im Zusammenhang mit einem Gelenkersatz durchgeführt wird, erfolgt in der Regel elektiv. Somit ist im Vergleich zur Akutversorgung von Traumapatienten eine ausreichende Wahl- und Steuerungsmöglichkeit im Vorfeld des Eingriffs für die Patienten gegeben. Im Hinblick auf die individuelle und gesundheitsökonomische Bedeutung einer hohen Versorgungsqualität gerade dieser Patientengruppe ist eine Zentrenbildung ein adäquates Mittel zur Steigerung der Versorgungsqualität. Dabei gilt, dass neben einer Erhöhung der Fallzahl und damit der erfahrungsbezogenen Behandlungsqualität durch wissenschaftlich belegte Anforderungen auf den Gebieten



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

der Struktur- und Prozessqualität eine nochmalige Erhöhung der Behandlungsqualität erzielt werden kann. Dabei werden Leistungen erbracht, die nicht durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen des SGB V finanziert werden. Insoweit ergibt sich eine den Traumazentren vergleichbare Situation.

Zu weiteren Details dürfen wir auf die Veröffentlichungen und die erstellten Jahresberichte des EndoCert Verfahrens verweisen.

Für Rückfragen stehen die Unterzeichner jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Carsten Perka
Präsident der DGOOC

Prof. Dr. Bernd Kladny
Generalsekretär der DGOOC

Dr. Holger Haas
Vorsitzender der Zertifizierungskommission
EndoCert der DGOOC

Anlage

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.
15.09.2019

Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
2.9.1.1.1 a) GKV-SV	In einem Endoprothetikzentrum wird eine strukturelle, personelle und fachliche Ausstattung vorgehalten, die geeignet ist, alle Arten von Interventionen - sowohl als Notfall als auch im weiteren Verlauf definitiv - durchzuführen. In besonderem Umfang gilt dies für Endoprothetikzentren der Maximalversorgung, an denen dementsprechend auch die Beratungskompetenz vorhanden ist, andere Versorger im Bereich der Endoprothetik bei schwierigen oder seltenen Behandlungssituationen oder Komplikationen zu beraten, oder die Behandlung zu übernehmen. Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Abs. 1 kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung der Einrichtung nach dem EndoCert Verfahren der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. als Endoprothetikzentrum bzw. Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung nachgewiesen werden.	Im Vergleich zur Traumaversorgung ist die Durchführung von Gelenkersatzoperationen weniger durch eine kurzfristige Verfügbarkeit als durch eine hohe Konstanz der Behandlungsqualität im Hinblick auf eine komplikationsarme und langfristig erfolgreiche Versorgung bei gleichzeitig hoher Planbarkeit der Eingriffe gekennzeichnet. Daneben ist gerade bei der Durchführung von Endoprothesenwechseloperationen und bei der Behandlung von Komplikationen ein hohes Maß an Kompetenz gefordert. Ähnlich wie bei Traumazentren sind in der wissenschaftlichen Literatur Vorgaben auf dem Gebiet der Struktur- und Prozessqualität identifiziert worden, die zu einer höheren Versorgungsqualität beitragen. Diese Anforderungen werden im Rahmen des EndoCert-Zertifizierungsprozesses ähnlich dem Vorgehen bei Traumazentren abgeprüft.

2.9.1.2 Absatz 2		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV	Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Endoprothetikzentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe auch § 2 Nr. 4). Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Endoprothetikzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Endoprothetikzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Die Abstimmung mit den Netzwerkpartnern auf Leistungserbringungs- und Stützprozessseite wird durch regelmäßig durchzuführende Qualitätszirkel sichergestellt.	Die Durchführung von Qualitätszirkeln erfolgt in Endoprothetikzentren aus den im Text genannten Gründen.

2.9.1.3.1 a) und b)		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV	Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Endoprothetikzentren der Maximalversorgung im Verbund mit den Endoprothetikzentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligt sich das Zentrum an multizentrischen Studien mit Studienprotokoll, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinator eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.	Die Weiterentwicklung der Leitlinien etc. steht im Blickpunkt der zertifizierten Einrichtungen. Besondere Bedeutung kommt dabei der etablierten Kooperation zwischen Endoprothetikzentren und Endoprothetikzentren der Maximalversorgung zu, da hier gezielt bestehende Versorgungsstrukturen gebündelt werden.

2.9.1.5 Nummer 1:		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV	Ein besonderer Schwerpunkt in der Versorgung kann in der Durchführung von Prothesenwechseloperationen liegen. In diesem Zusammenhang sind besondere strukturelle Anforderungen zu erfüllen, die insbesondere auch die Logistik bezgl. der Vorhaltung entsprechender Prothesensysteme und die Vernetzung mit Anbietern notwendiger Stützprozesse (bspw. Institute für Pathologie oder Mikrobiologie) betrifft.	Im EndoCert System wird besonderer Wert auf die enge Abstimmung unter den beteiligten Partnern im Behandlungsprozess gelegt. Dies geht deutlich über die reine Erbringung konsiliarischer Leistungen hinaus, da bereits im Vorfeld der konkreten Patientenbetreuung verbindliche Regelungen vereinbart und Anforderungen erfüllt werden müssen.

**\$ 2 Besondere Aufgaben;
2.9.2.1 Nummer 1:**

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV	Die Endoprothetikzentren unterstützen andere Krankenhäuser in ihrem Netzwerk in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	Anpassung der Formulierung.

2.9.2.2 Nummer 2:

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
DKG	Das Zentrum kann für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durchführen. Interdisziplinäre Expertengremien, die jeweils von einem Koordinator geleitet werden, arbeiten Vertreter aller klinischen Disziplinen, die an der Versorgung von Endoprothetikpatienten beteiligt sind, zusammen. Die Aufgaben umfassen die Optimierung der klinischen Versorgung sowie die Entwicklung translationaler Forschungsschwerpunkte.	Anpassung der Formulierung

2.9.2.6 Nummer 6:		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV	Alle Endoprothetikzentren nehmen am EPRD (Endoprothesenregister Deutschland) teil und melden die behandelten Patienten gemäß den geltenden Vorgaben.	Spezifische Anpassung. Ggf. ist eine weitere Anpassung gemäß den Entwicklungen in Bezug auf das Endoprothesenregister vorzunehmen.

2.9.2.10 DKG Nummer 12:		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
DKG	Ein wesentliches Element in der flächendeckenden, qualitätsgesicherten Versorgung der Patienten ist die Netzwerkstruktur aus Zentren unterschiedlicher Versorgungsstufen (Endoprothetikzentren, Endoprothetikzentren der Maximalversorgung), Leistungserbringern mit spezialisierten Leistungsangeboten (z.B. Zentren mit besonderer Expertise in der Wechselendoprothetik). Interklinische Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkel erfüllen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Versorgung der Patienten und dem mit der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung, der Durchführung sowie der Nachbereitung verbundenen Aufwand die Kriterien einer besonderen Aufgabe.	Anpassung an die Anforderungen im Rahmen der endoprothetischen Patientenversorgung.

2.9.2.14**DKG Nummer 16:**

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
DKG	Alle elektiven Operationen werden durch besonders qualifizierte Ärzte ausgeführt, die eine persönliche, jährlich zu erbringende Mindestfallzahl endoprothetischer Operationen ausführen müssen, durchgeführt. Zudem müssen diese Ärzte an regelmäßigen, spezifisch zugelassenen Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Neben dem finanziellen Aufwand stellen die Freistellung und der Ersatz des betreffenden Personals eine besondere Anforderung an die Zentren dar, die den Kriterien einer besonderen Aufgabe entspricht.	Anpassung an die Anforderungen im Rahmen der endoprothetischen Patientenversorgung.

2.9.2.17**DKG Nummer 19:**

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
DKG	Die Abbildung von Zentren, Netzwerken oder beteiligten Einrichtungen in geeigneten Medien soll Patienten den Zugang zur spezialisierten Versorgung erleichtern und wird gezielt auch in den zentrenspezifischen Zertifizierungsverfahren gefordert. Insbesondere wenn weitreichende Therapieentscheidungen anliegen oder fachliche Expertise nur in geringem Maße verfügbar ist, erleichtert eine Auflistung das Auffinden eines entsprechenden Zentrums, gerade auch im Hinblick auf den oftmals elektiven Charakter einer Versorgung. Somit wird Patienten eine teils langwierige Odyssee erspart und dem einweisenden Arzt eine Orientierung geboten, an welche Spezialisten der Patient verwiesen werden kann.	Anpassung an die Anforderungen im Rahmen der endoprothetischen Patientenversorgung.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)
 Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

19.09.2019

Zu § 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben Absatz 1

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Tragende Gründe GKV-SV / KBV / PatV / DKG	Es sollte eine Klarstellung bei den tragenden Gründen erfolgen: Sofern ein Teil eines Leistungsbereichs als besondere Einrichtung nach §17b Absatz 1 Satz 10 KHG vom DRG-System ausgenommen und als besondere Aufgabe abgegrenzt wird, ist sie dennoch als Qualitätskriterium zu werten und schließt die Vereinbarung von Entgelten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des KHEntG (§ 136c Absatz 5 SGBV V) nicht aus. Es ist jedoch eine Abgrenzung zu bereits vergüteten Bestandteilen vorzunehmen. Sofern der vollständige Leistungsbereich als besondere Einrichtung ausgegliedert ist, entfällt der Anspruch auf die Vereinbarung von Entgelten.	Es soll einerseits verhindert werden, dass es zu einer Doppelfinanzierung bereits vereinbarter Leistungsinhalte kommt, andererseits, dass die Berechtigung zur Vereinbarung von Entgelten grundsätzlich entfällt, da ein Teil des Leistungsbereichs als besondere Einrichtung geführt wird (z. B. eine überregionales Traumazentrum mit einer Behandlungseinheit für Schwerbrandverletzte). Die ebenfalls denkbare Definition von Besonderen Aufgaben ausschließlich für Zentren für Schwerbrandverletzte wird abgelehnt.

Zu Anlage III § 1 Qualitätsanforderungen Absatz 1a		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss DKG	Die Einschränkung auf überregionale Traumazentren deckt sich mit den Vorstellungen der Fachgesellschaft.	Regionale Traumazentren übernehmen nur im Ausnahmefall verantwortlich übergeordnete Zentrumsaufgaben. Über ein Verteilmodell im Rahmen der Selbstverwaltung eines Zuschlags kann ein angemessener Ausgleich herbeigeführt werden. Individuelle aufwandsbezogene sind möglich und entlasten das hier zu definierende übergeordnete Regelwerk.

Zu Anlage III § 1 Qualitätsanforderungen Absatz 1b		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV	Die Darstellung mit dem besonderen Fokus auf Selbsthilfeorganisationen greift zu kurz. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, dass die Struktur des Zentrums ist gesamtheitlich ohne Einschränkung auf bestimmte Gruppen darzustellen und Raum für Partnerschaften einzuräumen. Schriftliche Verträge sind dazu nicht notwendig.	Es gibt viele Partner in der Betreuung von Traumapatienten, die im Rahmen des (gesetzlichen) Entlass- und Verlegungsmanagements eingebunden werden. Diese Partner, Kooperationen usw. sollten alle Raum bekommen. Es ist zu berücksichtigen, dass eine Vorteilsnahme oder unlauterer Wettbewerb ausgeschlossen wird.

Zu Anlage III § 1 Qualitätsanforderungen Absatz 2		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Zu Anlage III § 1 Qualitätsanforderungen Absatz 2		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV	Der allgemeine Hinweis auf Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner oder spezieller Qualitätssicherungsverfahren ist ausreichend.	Der Hinweis auf PDCA-Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ist entbehrlich, da es unterschiedliche Methoden der Qualitätssicherung gibt. Die Veröffentlichung von Berichten bedarf in der Regel besonderer datenschutzrechtlicher Anforderungen und sollte ebenfalls entfallen. In diesem Zusammenhang wird auf bereits etablierte Qualitätsberichte verwiesen.

Zu Anlage III § 1 Qualitätsanforderungen Absatz 3 Forschungstätigkeit		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV / KBV / PatV / LV	Beteiligung an Studien zur klinischen Forschung im Bereich der Traumatologie	Die Mitarbeit an Leitlinien und Konsenspapieren ist keine explizite Aufgabe ausschließlich von Traumazentren, steht im internationalen Kontext oder auch der überhaupt gegeben Option zur Mitarbeit in einer derartigen Gruppe. Dies ist nicht immer beeinflussbar und sollte entfallen. Analog dazu sind auch eine Studiengenehmigung, das Studiendesign, die Teilnahme an multizentrischen Studien ebenfalls nicht immer beeinflussbar und hängt von möglichen Drittmitteln ab.

Zu Anlage III § 1 Qualitätsanforderungen Absatz 4 (2) Spezialisierung		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Zu Anlage III § 1 Qualitätsanforderungen Absatz 4 (2) Spezialisierung		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV / KBV / PatV	Anpassung der Mindestmengen auf die aktuellen zertifizierungsrelevanten Mindestmengen der FESSH (Stand 06/2019): 160 handchirurgische Eingriffe, davon 40 mikrochirurgische Nerven- oder Gefäßnähte	Es sollten die aktuellen europäischen Mindestmengen für Hand-Trauma-Replantations-Zentren (HTRC) der FESSH verwendet werden. Eine Inkongruenz der Anforderungen ist nicht nachvollziehbar.

Zu Anlage III § 2 Besondere Aufgaben Absatz 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV	Schriftliche Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern sind aus Sicht der Fachgesellschaft entbehrlich. Die Dokumentation der Konferenzen, Fallgespräche usw. sind ausreichend. Die Wortwahl „Leistungserbringer“ statt „Krankenhäuser“ wird präferiert.	Die Kooperation ist über das Traumanetzwerk bereits institutionalisiert begründet. Eine schriftliche Vereinbarung ist kein substantielles Strukturkriterium. Zielführender sind hier die Beschreibung und die Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen.

Zu Anlage III § 2 Besondere Aufgaben Absatz 2		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Zu Anlage III § 2 Besondere Aufgaben Absatz 2		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV / DKG	Die Fokussierung auf traumatologische Fort- und Weiterbildungen für alle Netzwerkpartner ist sinnvoll.	Es ist sinnvoll, dass bei Fortbildungen in Traumazentren ein Bezug zur Traumatologie hergestellt wird.

Zu Anlage III § 2 Besondere Aufgaben Absatz 4		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV / DKG	Der Hinweis auf PDCA-Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ist entbehrlich. Die Dokumentationspflichten sollten auf den jährlichen Forschungsbericht mit der Nennung der Publikationen und der Teilnahme an Studien und die durchgeführten Maßnahmen wie Weiterbildungen, Konferenzen usw.) beschränkt werden.	Der Hinweise ist teilweise redundant zu §1 Qualitätsanforderungen Absatz 2. Veränderte und zusätzliche Dokumentationspflichten werden bei bereits ausführlichen und aufwändigen Zertifizierungsverfahren (z. B. zum überregionalen Traumazentrum oder als Hand-Trauma-Replantation-Center usw.) als nicht notwendig und auch nicht qualitätssteigernd angesehen.

Zu Anlage III § 2 Besondere Aufgaben Absatz 5		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Zu Anlage III § 2 Besondere Aufgaben Absatz 5		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV / DKG	Die Wortwahl „Leistungserbringer“ statt „Krankenhäuser“ wird präferiert	Das Wort „Leistungserbringer“ schränkt nicht auf Krankenhäuser ausschließlich ein.

Zu Anlage III § 2 Besondere Aufgaben Absatz 6 (7 / 8)		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss GKV-SV / KBV / PatV / DKG	Besserer Formulierung: Teilnahme am Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.	Das Register ist bereits eingerichtet. Derzeit kann wegen der datenschutzrechtlichen Veränderungen durch die aktuelle gültige DSGVO nicht zwingend sichergestellt werden, dass alle Patienten dem Traumaregister zugeführt werden können. Deswegen soll die Teilnahme als Kriterium Eingang finden. Das Führen und die Auswertung ist über eine einzelne Klinik nicht möglich. Das Register besteht auch schon, insofern ist Absatz 7 und 8 DKG entbehrlich. Hilfreich wäre die zwangsweise Teilnahmeverpflichtung für die Patienten ohne gesonderte Einwilligungserklärung. Registerdokumentation sind aus Sicht der Fachgesellschaft keine allgemeinen Krankenhausleistungen und stellen einen Sonderaufwand dar.

Zu Anlage III § 2 Besondere Aufgaben Absatz 7 / 8 (9 -19)

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Beschluss PatV / DKG / LV	Die Formulierung zu Vorhaltung besonderer Leistungsangebote (z. B. intraoperative CT-Bildgebung,) oder die Vorhaltung für die Bewältigung von Großschadenslagen sind ausreichend. Eine weitere Ausdifferenzierung (z. B. auf ATLS-Kurse, Qualitätszirkeln, SOPs usw.) sind redundant und bereits in den Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum per se oder den vorangehenden Regelungen enthalten und werden als nicht notwendig erachtet.	Die Anforderungen für besondere Vorhaltungen sind ausreichend definiert. Darüber hinaus gehende Maßnahmen verkomplizieren zu Diskussion stehende Regelung und führen konsekutiv zu vermehrten nicht notwendigen regulatorischen Mehraufwänden.

Sehr geehrte Frau Nothacker,

ich leite Ihnen hiermit die Stellungnahme der DGP zum o.g. Thema weiter, das inhaltlich vom Bundesverband Deutscher Pathologen mitgetragen wird. Sie bezieht sich auf Anl. 2 „Anforderungen an Onkologische Zentren“, hier Abs. 1 „Qualitätsanforderungen“, Buchstabe a.):

GKV-SV/KBV/PatV	Änderungsvorschlag: a) Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums. ~~und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.~~ Für die Pathologie muss am Standort sichergestellt sein, dass neben der Verfügbarkeit während der regulären Arbeitszeiten auch die Krebsdiagnose in Notfällen innerhalb von 24h sichergestellt ist.	Stellungnahme der DGP e.V. Die durch Fachärzte für Pathologie durchgeführte pathomorphologische Diagnostik ist nur in definierten Ausnahmefällen auch an Feiertagen und Wochenenden notwendig, wie z.B. bei einer drohenden oberen Einflusstauung bei Verdacht auf ein mediastinales malignes Lymphom. Für diese Fälle muss sichergestellt sein, dass eine Krebsdiagnose innerhalb von 24 Stunden gewährleistet ist. Da die pathologische Diagnostik eine aufwendige technische Aufarbeitung der Gewebeprobe voraussetzt und u.U. auch weiterführende stufendiagnostische Untersuchungen erfordert, könnte die bisher formulierte Anforderung nicht durch telefonische Verfügbarkeit oder Schnellschnitt erfüllt werden. Aus diesem Grunde sollte für den Standort des Onkologischen Zentrums eine Krebsdiagnose innerhalb von 24 Stunden gewährleistet sein, die auch weiterführende Gewebeuntersuchungen am selben Material ermöglicht.

Mit Dank und besten Grüßen

Jörg Maas
Generalsekretär und Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Beschlussentwurf Erstfassung

Stellungnahme

Ja zu Regelungen für Onkologische Zentren entsprechend Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) begrüßt grundsätzlich die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren. Bzgl. der Abbildung von palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in Onkologischen Zentren unterstützen wir die Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft, da die in den Zertifizierungskriterien für „Onkologische Zentren“ definierten Kriterien nach DKG den fachgesellschaftlich getragenen Standard der Versorgung in diesem Fachbereich darstellen.

Forderung nach Regelungen zu eigenständigen Palliativmedizinischen Zentren

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) bedauert sehr, dass keine Regelungen zu Zentren für die originär palliativmedizinische Versorgung getroffen werden. Denn neben den onkologisch erkrankten Patienten nimmt die Zahl der nicht onkologisch erkrankten Patienten in der Palliativversorgung kontinuierlich zu. Während im Jahr 2005 noch annähernd 90% der auf einer Palliativstation behandelten Patienten eine onkologische Diagnose aufwiesen, ist dieser Anteil bis zum Jahre 2018 auf 65 % (Quelle: Nationales Hospiz- und Palliativregister, Stand: September 2019) gesunken. Im Rahmen der Behandlung durch spezialisierte Palliativdienste im Krankenhaus sind es schon nahezu 50% Patienten mit nicht onkologischen Erkrankungen – eine analoge Entwicklung zeigt sich in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (Quelle: Nationales Hospiz- und Palliativregister der DGP). Neben der Sicherstellung der fachspezifischen palliativmedizinischen Versorgung in den Onkologischen Zentren ist deshalb die Entwicklung eigenständiger palliativmedizinischer Zentrumsstrukturen zwingend erforderlich. Für die differenzierte Behandlung dieser zunehmend vielfältigen Erkrankungen mit Bedarf an spezialisierter Palliativbehandlung braucht es Zentren, die Erkenntnisse auf höchstem Niveau bündeln, als Referenz für Best Practice die Behandlungsstandards definieren, die Umsetzung in die Fläche und die lokale und regionale Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsformen für die schwerstkranken Patienten vorantreiben und so die Implementierung in überregionalem Kontext fördern.

Das fachgesellschaftliche Modell zu Aufgaben palliativmedizinischer Zentren begründet eine über klare Kriterien definierte und begrenzte Anzahl Zentren, die durch den seit 2015 in §27 SGBV festgeschriebenen Rechtsanspruch jedes Patienten auf Palliativversorgung unterstrichen wird: „Palliativversorgung ist Teil der Krankenbehandlung“. Um diesem Anspruch als Leistungserbringer gerecht zu werden, muss eine unmittelbare Verfügbarkeit palliativmedizinischer Expertise u.U. auch durch Vernetzung verfügbar sein. Hier sehen wir eindeutig Palliativzentren als Möglichkeit der im KHSG geforderten überörtlichen krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung nach §9 Abs 1a 2KHentgG.

Palliativversorgung bietet hierfür sinnvolle, patientennahe Zentrumsmedizin. Die Vernetzung der palliativmedizinischen Versorgung in der Breite (allgemeine Palliativversorgung) mit den spezialisierten Zentren ist Prototyp einer überörtlichen Kooperation, die die Verbesserung der Versorgungsqualität am tatsächlichen Aufenthalts- und Behandlungsort des Patienten bewirkt. Die dafür notwendigen Aufgaben des Zentrums, Kompetenz in den jeweilig zugeordneten Partnerinstitutionen verfügbar zu machen, bedeutet methodisch u.a. den Einsatz von Edukation, die Entwicklung von Standards in der Versorgung, die Vorhaltung von Erreichbarkeit auf Expertenniveau in dem Zentrum selbst und die Koordination von Patientenbehandlung auf Exzellenzniveau. Palliativmedizinische Zentren können dabei über die Prozessqualität dieser Maßnahmen, Kennzahlen und Strukturqualität, wie u.a. in den Zertifizierungskriterien der DGP (Quelle: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Erhebungsbogen_Palliativstationen_20171010.pdf) beschrieben und identifiziert werden. Die beschriebenen Zentrumsaufgaben sind dabei nicht über die Refinanzierung der Krankenbehandlung gedeckt, sondern berechtigen eine Zuschlagsfinanzierung, die den notwendigen Ressourceneinsatz kompensiert. Besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist analog in Pädiatrischen Palliativzentren Rechnung zu tragen.

Ein Konzept zu Aufgaben und Kriterien von Palliativzentren bzw. Pädiatrischen Palliativzentren liegt seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bereits vor und kann bei Bedarf in die fachliche Diskussion eingebracht werden.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme der DKG

Begründung

Der Berücksichtigung palliativmedizinischer Versorgung für Onkologische Zentren sehen wir durch den obligaten Verweis auf die Notwendigkeit zur Einhaltung der Kriterien zur Zertifizierung nach DKG ausreichend abgebildet.

DGPK-Geschäftsstelle - Grafenberger Allee 100 - 40237 Düsseldorf

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Bedarfsplanung“
Herrn Dirk Hollstein
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
- per E-Mail -

Nachrichtlich: AWMF-Geschäftsstelle
DGKJ -Geschäftsstelle
DGTHG-Geschäftsstelle

Präsident

Prof. Dr. Sven Dittrich

Geschäftsführer

Dr. Karl Robert Schirmer

Geschäftsstelle

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Tel: +49 211 602 66 55
Fax: +49 211 602 66 56
E-Mail: kontakt@dgpk.org

23.09.2019

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) – Erstfassung

Sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden nimmt die DGPK zu dem oben genannten Beschlussentwurf Stellung.
In dem Entwurf werden Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V vorgelegt, um die Finanzierung von bestimmten Leistungen in solchen Zentren zu ermöglichen, die bisher nicht bereits anderweitig vergütet werden. Neben den §1 bis §6 des Beschlussentwurfs nimmt die DGPK Stellung zur Anlage V (Anforderungen an Herzzentren) und Anlage IX (Transplantationszentren).

Selbstverständlich ist die DGPK bereit, im Rahmen der mündlichen Anhörung weiter Stellung zu nehmen. Gerne würde die DGPK auch bei der weiteren Entwicklung der Beschlussvorlage beratend tätig werden.

Mit freundlichen Grüßen



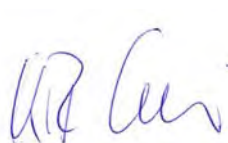
Prof. Dr. Sven Dittrich
Präsident DGPK



Prof. Dr. Ingo Dähnert
1. Vizepräsident DGPK



Prof. Dr. Nikolaus Haas
2. Vizepräsident DGPK



Dr. Karl Robert Schirmer
Geschäftsführer DGPK

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)
15.09.2019

Zu § 1 - 6		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht	Der Begriff „Herzzentrum“ ist bislang in Deutschland nicht eindeutig definiert, wodurch es gegenwärtig in „Herzzentren“ eine große Spannweite bezüglich des Patienten- und somit Versorgungsspektrums gibt. Daher erscheint zunächst eine differenzierte Definition eines „Herzzentrum“ an Hand von Personal, Prozessen und Strukturen, ergänzt um eine Kategorisierung (z.B. Stufenregelungen), notwendig. Anhand derer könnten dann die besonderen Aufgaben besser konkretisiert werden.	Der Begriff „Herzzentrum“ wird in Deutschland gegenwärtig in den meisten Fällen mit dem Vorhandensein der beiden Fachabteilungen Kardiologie und Herzchirurgie, in ca. 20 Zentren zusätzlich Kinderkardiologie, assoziiert. Hierdurch werden bereits die Bedeutung der krankenhaushinteren Zusammenarbeit der herzmedizinischen Fachgebiete, aber auch die vielfältigen externen Kooperationen besonders hervorgehoben. In dem vorliegenden Entwurf wird der Begriff des „Herzzentrums“ im Sinne § 136c Absatz 5 SGB V verwendet, um eine Definition aus der Perspektive der Wahrnehmung von besonderen Aufgaben zu generieren. Dabei werden zwar einige nachvollziehbare Qualitätsanforderungen und Vorgaben genannt, die jedoch nicht alle besonderen Aufgaben umfassen (z.B. Versorgung von Patienten mit akuten/chronischen Aortenerkrankungen, oder primären und sekundären Herztumoren) und in Anbetracht der Komplexität der Patientenversorgung zudem präzisierungswürdig erscheinen.

Zu Anlage V – Anforderung an Herzzentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 Absatz 1 a)	Fachabteilungen für „Kinderherzchirurgie“ existieren bislang nicht. Vielmehr handelt es sich zumeist um eine Fachabteilung für Herzchirurgie mit besonderen Merkmalen. Die „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL)“ beschreibt diesbezüglich weitgehend die erforderlichen Merkmale zu Personal, Prozessen und der Infrastruktur, die durchaus als Grundlage für eine Weiterentwicklung geeignet sind. Dadurch haben sich auch ohne Definition an vielen Standorten (ca. 20) bereits Kinderherzzentren mit den Fachrichtungen Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie etabliert, die in räumlicher Einheit (aber getrennter Struktur) mit Einrichtungen mit Herzchirurgie und Kardiologie arbeiten. Aus Sicht der DGPK hat die Qualität der Kinder-Kardio-Medizin davon erheblich profitiert. Eine Festlegung, dass zukünftig jedes Herzzentrum auch Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie vorhalten muss, um besondere Vergütungen zu erhalten, könnte jedoch Fehlanreize an Leistungserbringer setzen, die Zahl von „Kinderherzzentren“ in Deutschland zu vergrößern.	Zur Versorgung der Bevölkerung werden möglicherweise mehr Herzzentren als Kinderherzzentren benötigt, was sich aus den doch sehr unterschiedlichen Fallzahlen ergeben könnte.

Zu Anlage V – Anforderung an Herzzentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 Absatz 1 b)	In Kinderherzzentren müssen an Elektrophysiologielabore und OPs für Schrittmacher-/ICD-Implantationen sowie Mappingsysteme besondere kinderspezifische Anforderungen gestellt werden. Ob jeder Standort eine eigene invasive Kinder-Rhythmologie benötigt, ist durch Zahlen bisher nicht belegt. Ein designierter OP ausschließlich für SM/ICD Implantationen ist hingegen nicht notwendig, da diese Eingriffe in standardisierten OP-Sälen durchgeführt werden und nur in wenigen Fällen (z.B. SM-/ICD Eingriffe mit Standby oder mit EKZ-Anwendung) eine spezielle Ausstattung benötigen.	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und benötigen spezifische Untersuchungsbedingungen.

Zu Anlage V Zu Anlage V – Anforderung an Herzzentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 Absatz 1c)	Ergänzend zu den im Entwurf enthaltenen Formulierungen müssen in Kinder- und EMAH-Herzzentren in den Heart-Failure-Units Strukturen bestehen, die sicherstellen, dass bei Kindern und EMAH-Patienten entsprechend qualifizierte Kinder- und EMAH-Kardiologen in die Behandlung einbezogen werden.	Kinder und Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern entwickeln im Krankheitsverlauf häufig eine Herzinsuffizienz, deren Ursachen, Symptome, und Verlauf meist atypisch sind und für deren erfolgreiche Behandlung die Einbeziehung der entsprechenden Spezialisten regelmäßig unerlässlich ist.

Zu Anlage V – Anforderung an Herzzentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 Absatz 1e)	Die Einbeziehung der Richtlinie Kinderherzchirurgie in die Anforderungen für (Kinder-)Herzzentren wird von der DGPK nachdrücklich unterstützt. An Herzzentren, an denen Kinder und Erwachsene behandelt werden, müssen ergänzend auch Strukturen geschaffen werden, an denen Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patienten) behandelt werden können. Vorgaben zur Struktur können sich an die Zertifizierungsanforderungen der drei Fachgesellschaften DGK, DGPK und DGTHG für Überregionale EMAH-Zentren anlehnen.	Die Richtlinie Kinderherzchirurgie hat in Deutschland die Herausbildung von Kinderherzzentren befördert und die Behandlungsqualität nachhaltig verbessert.

Zu Anlage V – Anforderung an Herzzentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 Absatz 2 a-c	An Kinderherzzentren müssen an Herzunterstützungssysteme, entsprechende Expertise und Transport-Teams besondere Anforderungen gestellt werden.	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und benötigen spezifische Unterstützungssysteme, spezifische Expertise und besondere Transportbedingungen.

Zu Anlage V – Anforderung an Herzzentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3 c	Diese Forderung wird von der DGPK nachdrücklich unterstützt. An Herzzentren, an denen Kinder und Erwachsene behandelt werden, müssen ergänzend auch Strukturen geschaffen werden, an denen Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patienten) behandelt werden können. Vorgaben zur Struktur können sich an die Zertifizierungsanforderungen der drei Fachgesellschaften DGK, DGPK und DGTHG für Überregionale EMAH-Zentren anlehnen. Da inzwischen die Musterweiterbildungsordnung für Kinderkardiologen und Kardiologen gleichermaßen eine Zusatzweiterbildung Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) ausweist, sollte diese Zusatzbezeichnung Voraussetzung für die Leitung eines EMAH-Zentrum sein.	Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) sind eine zahlenmäßig kleine (ca. 200.000 Patienten in ganz Deutschland), jedoch durch die Fortschritte der Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie ständig wachsende, sehr heterogene Patientengruppe, die in Deutschland bis heute sowohl quantitativ als auch qualitativ beträchtlich unterversorgt ist.

Zu Anlage IX Transplantationszentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht	Die vom GKV-SV geforderten „Transplantationszentren“ sind in dem vorliegenden Entwurf allenfalls vage definiert, insbesondere im Hinblick auf die in einem solchen Zentrum zu transplantierenden Organe und Altersgruppen der Patienten. Sollte dieser Weg weiter verfolgt werden, wäre eine Präzisierung notwendig.	Die Anforderungen an Personal, Prozesse und Strukturen in transplantierenden Einrichtungen unterscheiden sich sowohl durch die Organe als auch durch die Altersgruppen der behandelten Patienten (Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene) grundlegend.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie DGPP
3.9.19

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht	Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.



.Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V.

20.09.2019

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage III – Anforderungen an Traumazentren GKV- DKG SV/KBV/PatV (4) Spezialisierung (mind. eine), S. 50, Anlage 1 (Beschlussentwurf)	2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt: a. Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie innerhalb von 30 min am Standort des Zentrums verfügbar, Ist zu ergänzen um (rot): . Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie	Die Handchirurgie ist eine der vier Säulen der Plastischen Chirurgie und sowohl in der 2004er als auch in der 2018er Weiterbildungsordnung mit abgedeckt und auch gesondert ausgewiesen, die in größerem Umfang als der genannte Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Auch die unter b. und c. abgebildeten Verfahren: „b. nachweisbare Erfahrung in der Durchführung der folgenden chirurgischen Techniken: Revaskularisation, Replantation, Lappenchirurgie und Nervennaht und c. mindestens 240 handchirurgische Eingriffe pro Kalenderjahr am Standort des Zentrums, davon mindestens 60 mikrochirurgische Eingriffe mit mikrochirurgischer Nervennaht oder mikrochirurgischer Gefäßnaht.“ Sind originäre Bestandteile der Plastischen Chirurgie und in der Traumachirurgie unverzichtbar.

(...)

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
22. September 2019

Zu § 1:		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV / KBV / PatV	Wir begrüßen, dass die Regelungen sich auf voll- <u>und</u> teilstationäre Krankenhausleistungen beziehen.	Die multimodale Schmerztherapie wird seit über 10 Jahren schon vollstationär und/oder teilstationär gemäß OPS durchgeführt und abgerechnet. Insofern ist diese Versorgungsrealität als Grundlage für Zentren aufgreifbar und auszugestalten.
LV	Nachfolgeparagrafen müssen entsprechend in den Formulierungen geändert werden, damit Übereinstimmung gewährleistet ist!	Nachfolgend die Behandlungszahlen als grober Überblick basieren mit allein den in der nachfolgenden Quelle aufgeführten Einrichtungen, Quelle Weiße Liste https://www.weisse-liste.de der Berstelsmann-Stiftung
DKG		<u>OPS 8.918 (vollstationär):</u> 2015: 62.820 2017: 66.686 behandelte Patienten <u>OPS 8.91c (teilstationär):</u> 2015: 70452 2017: 89710 Behandlungstage (!)

Zu § 2:		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV / KBV / PatV DKG	Klargestellt werde sollte, dass Zentren stationär und/oder teilstationär ausgewiesen werden können	Die multimodale Schmerztherapie wird seit über 10 Jahren schon vollstationär und/oder teilstationär gemäß OPS durchgeführt und abgerechnet. Insofern ist diese Versorgungsrealität als Grundlage für Zentren aufgreifbar und auszugestalten. Dies sollte gleich zu Beginn klargestellt werden. Auch der Beschlussentwurf selbst gibt als Rechtsgrundlage (§1) seitens der Formulierungen aller „Bänken“ <i>voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG)</i> als Grundlage vor, insofern wäre auch nachfolgend Übereinstimmung zu gewährleisten!
Zu § 3 (5):		
Alle	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Ergänzung jeweils nach „stationären“ die Wörter „sowie teilstationären“	Die multimodale Schmerztherapie wird seit über 10 Jahren schon vollstationär und/oder teilstationär gemäß OPS durchgeführt und abgerechnet. Insofern ist diese Versorgungsrealität als Grundlage für Zentren aufgreifbar und auszugestalten. Die Ergänzung stellt diesen Bezug sicher.
Zu § 5 (5):		
GKV-SV/KBV	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Bitte ergänzen nach „stationär: „oder teilstationär“	In der Formulierung von GKV-SV/KBV wird eine vollstationäre Behandlung, nicht aber die teilstationäre Behandlung erwähnt. Darüber hinaus favorisieren wir der Formulierung (3) der DKG

Zu § 5 (7):		
GKV-SV/Pat V	Stellungnahme / Änderungsvorschlag Bitte ergänzen nach „stationär: „oder teilstationär“	Wir begrüßen ausdrücklich die Vorgaben der Formulierungen zur verbindlichen und strukturierten Zusammenarbeit mit Selbsthilfe / Patientenorganisationen!

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
per Email: AufgabenZS@g-ba.de
Nachrichtlich: AWMF, PD Dr. Wesselmann (DKG)

info@pneumologie.de
Telefon: 030-29 36 27 01
Fax: 030-29 36 27 02
www.pneumologie.de

20. September 2019

Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) in Kooperation mit dem Verband pneumologischer Kliniken (VpK) und die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) bedanken sich für die freundliche Einladung des Gemeinsamen Bundesausschusses, Stellung „zu den Vorgaben des zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes" zu nehmen.

Für die im Beschlussentwurf adressierten zertifizierten onkologischen Zentren sind die geplanten Regelungen von erheblicher Bedeutung. DGP und DGT leisteten wichtige Vorarbeiten für das 2008 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft eingeführte Zertifizierungsverfahren für Lungenkrebszentren. **Ausdrücklich unterstützen DGP, VpK und DGT die vorgelegte Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und schließen sich dieser inhaltlich an.** Die weitere Stärkung der onkologischen Zentren leistet aus unserer Sicht einen wichtigen Beitrag, die qualitätsgesicherte onkologische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Aufgrund der historisch bedingten (frühere Tuberkulosekliniken) solitären Lage vieler Lungenkrebszentren schlagen unsere Fachgesellschaften gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft im § 5 Absatz 2 folgende Ergänzung vor:

„Die Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG ergänzend, wird ein Lungenkrebszentrum als Teil des Standorts eines Onkologischen Zentrums betrachtet, auch wenn der Abstand zwischen den Gebäuden dieses Standorts mehr als 2000m beträgt.“

Gestützt wird unser Anliegen von einer in den letzten beiden Monaten durchgeführten Umfrage unter den Lungenkrebszentren, in welcher Form sie sich unter diesen Bedingungen in einem onkologischen Zentrum (OZ) organisieren oder organisieren könnten.

Lungenkrebszentren (LKZ)	Anzahl von LKZ	Neudiagnosen 2018	stationäre Fälle 2018
OZ an einem Standort	14	9.471	19.908
OZ an mehreren Standorten	7	4.996	16.734
kein Teil eines OZ	7	2.979	11.662
Gesamtergebnis	28 (55, 50%)	17.446	48.304

Dies bedeutet: wenn entschieden würde, dass nur Lungenkrebszentren in einem onkologischen Zentrum an einem Standort zuschlagsberechtigt sind, würden lediglich 54% der Neudiagnosen (9.471/17.446) und lediglich 41% der Behandlungsfälle an einem zuschlagsberechtigten Zentrum diagnostiziert und behandelt werden können.

Für die mündliche Anhörung am 25. Oktober 2019 nominiert die DGP Herrn Professor Torsten T. Bauer (Berlin) und Herrn Professor Christian Grohé. Die DGT nominiert Herrn Dr. med. Dipl.-Oec. Erich Hecker (Herne).

Für Rückfragen und weitere Konsultationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Michael Pfeifer
Präsident der DGP

Prof. Dr. med. Erich Stoelben
Präsident der DGT

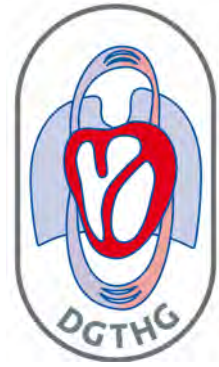
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR THORAX-, HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE e.V.

DGTHG • Langenbeck-Virchow-Haus • Luisenstraße 58/59 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Bedarfsplanung“
Herrn Dirk Hollstein
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

per E-Mail: AufgabenZS@g-ba.de

nachrichtlich: AWMF-Geschäftsstelle (st-gba@awmf.org)



**Geschäftsführender
Vorstand**

Geschäftsstelle
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 28004 370
Fax: +49 (0) 30 28004 379
sekretariat@dgthg.de
www.dgthg.de

17. September 2019

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) – Erstfassung

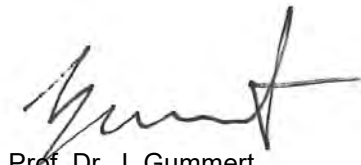
Sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden nimmt die DGTHG zu dem oben genannten Beschlussentwurf Stellung.

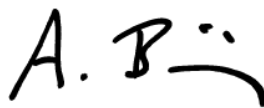
In dem Entwurf werden Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V vorgelegt, um die Finanzierung von bestimmten Leistungen in solchen Zentren zu ermöglichen, die bisher nicht bereits anderweitig vergütet werden. Neben den §1 bis §6 des Beschlussentwurfs nimmt die DGTHG Stellung zur Anlage V (Anforderungen an Herzzentren) und Anlage IX (Transplantationszentren).

Selbstverständlich ist die DGTHG bereit, im Rahmen der mündlichen Anhörung weiter Stellung zu nehmen. Gerne würde die DGTHG auch bei der weiteren Entwicklung der Beschlussvorlage beratend tätig werden.

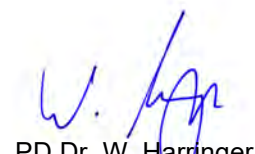
Mit freundlichen Grüßen



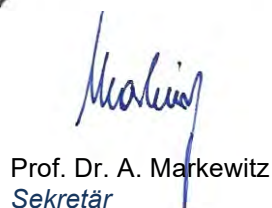
Prof. Dr. J. Gummert
Präsident



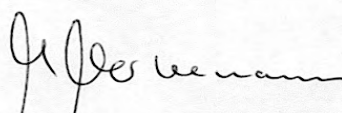
Prof. Dr. A. Böning
1. Vizepräsident



PD Dr. W. Harringer
2. Vizepräsident



Prof. Dr. A. Markewitz
Sekretär



Prof. Dr. M. Heinemann
Editor ThCVS



Dr. A. Beckmann
Geschäftsführer



Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie [DGTHG]

17. September 2019

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht	Zu § 1 bis § 6: Der Begriff „Herzzentrum“ ist bislang in Deutschland nicht eindeutig definiert, wodurch es gegenwärtig in „Herzzentren“ eine große Spannweite bezüglich des Patienten- und somit Versorgungsspektrums gibt. Daher erscheint zunächst eine differenzierte Definition eines „Herzzentrum“ an Hand von Personal, Prozessen und Strukturen, ergänzt um eine Kategorisierung (z.B. Stufenregelungen), notwendig. Anhand derer könnten dann die besonderen Aufgaben besser konkretisiert werden.	Der Begriff „Herzzentrum“ wird in Deutschland gegenwärtig in den meisten Fällen mit dem Vorhandensein der beiden Fachabteilungen Kardiologie und Herzchirurgie, in ca. 20 Zentren zusätzlich Kinderkardiologie, assoziiert. Hierdurch werden bereits die Bedeutung der krankenhausesinternen Zusammenarbeit der herzmedizinischen Fachgebiete, aber auch die vielfältigen externen Kooperationen besonders hervorgehoben. In dem vorliegenden Entwurf wird der Begriff des „Herzzentrums“ im Sinne § 136c Absatz 5 SGB V verwendet, um eine Definition aus der Perspektive der Wahrnehmung von besonderen Aufgaben zu generieren. Dabei werden zwar einige nachvollziehbare Qualitätsanforderungen und Vorgaben genannt, die jedoch nicht alle besonderen Aufgaben umfassen (z.B. Versorgung von Patienten mit akuten/chronischen Aortenerkrankungen, oder primären und sekundären Herztumoren) und in Anbetracht der Komplexität der Patientenversorgung zudem präzisierungswürdig erscheinen.

		Daher sollten zunächst transparente, differenzierte und ohne großen Aufwand überprüfbare Kriterien für ein „Herzzentrum“ unter Berücksichtigung der bereits vorliegenden Vorgaben erstellt werden. Ferner sollte klargestellt werden, dass der gegenwärtig bereits von ca. 80 Einrichtungen in Deutschland verwendete Begriff „Herzzentrum“ weiterhin von diesen verwendet werden kann, auch wenn diese nicht alle besonderen Aufgaben im Sinne dieses Entwurfes erfüllen. Inwieweit eine Bezeichnung als „Zentrum“ nach den hier zu definierenden Kriterien gesondert kenntlich gemacht werden kann, gälte es noch festzulegen.

Anmerkungen zu Anlage V – Anforderungen an Herzzentren

§1 Qualitätsanforderungen

Abs.1:

- a) eine **Fach**abteilung für „Kinderherzchirurgie“ existiert bislang nicht. Vielmehr handelt es sich zumeist um eine Fachabteilung für Herzchirurgie mit besonderen Merkmalen. Die „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL)“ beschreibt diesbezüglich weitgehend die erforderlichen Merkmale zu Personal, Prozessen und der Infrastruktur, die durchaus als Grundlage für eine Weiterentwicklung geeignet sind.
- b) Ein designierter OP ausschließlich für SM/ICD Implantationen ist weder notwendig, noch zielführend, da diese Eingriffe in standardisierten OP-Sälen durchgeführt werden und nur in wenigen Fällen (z.B. SM-/ICD Eingriffe mit Standby oder mit EKZ-Anwendung) eine spezielle Ausstattung benötigen.

Abs.: 4 Forschungstätigkeit

a) „Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren“

Hierzu ist anzumerken, dass Leitlinien wie auch Konsensuspapiere in der Zuständigkeit der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften liegen und somit die Forderung zur Mitarbeit durch bestimmte Leistungserbringer nicht erhoben werden kann. Daher ist zumindest eine genauere Definition bzw. Präzisierung dieser Anforderung notwendig. Die DGTHG schlägt vor, die Forschungstätigkeit bspw. an Hand von Publikationen zu messen.

Abs. 6: Mindestfallzahlen

Die Systematik für die Ermittlung der Mindestfallzahlen ist nicht ausreichend spezifiziert.

Anmerkungen zu Anlage IX – Transplantationszentren

Die vom GKV-SV geforderten „Transplantationszentren“ sind in dem vorliegenden Entwurf allenfalls vage definiert, insbesondere im Hinblick auf die in einem solchen Zentrum zu transplantierenden Organe. Sollte dieser Weg weiter verfolgt werden, wäre eine Präzisierung vonnöten.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

23.09.2019

Allgemeine Bemerkungen

Die DGVS begrüßt ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit dem vorliegenden Beschlussentwurf die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) konkretisiert. Die DGVS unterstützt, dass der GBA hiermit einheitliche Regelungen für die Bildung von Zentren in ausgewählten Bereichen definieren wird. Einerseits wird durch den Entscheid anerkannt, dass derartige Zentren erhebliche Leistungen zum Wohle der Patienten erbringen, die im bisherigen Gesundheitssystem nicht vollständig abgebildet werden. Andererseits liefert die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten auch die Grundlage, förderungswürdige Zentren von nicht nach extern definierten Qualitätskriterien strukturierten Zentren zu unterscheiden.

Explizit befürwortet die DGVS dabei auch die Definition von Kriterien für Zentren für seltene Erkrankungen, welches für die betroffenen Patienten eine essenzielle Funktion in der Erkennung ihrer Erkrankungen und der Vermittlung einer adäquaten Therapie abbilden, den onkologischen Zentren, die die komplexe Diagnostik und Therapie der Krebserkrankungen bündeln, und der Transplantationszentren, die in einem schwierigen Umfeld des Organmangels diese komplexe Therapie bereitstellen.

Zur Auswahl der Zentren:

Kritisch ist die Auswahl der Krankheitsbilder zu sehen, die in den hier genannten Zentren abgebildet sind. Hierbei fehlen mit der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie der Innere Medizin und Gastroenterologie die beiden Fächer, die in den meisten Akutkrankenhäusern den Schwerpunkt der Patientenversorgung bilden. Die nichtmalignen Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD K00-K93) sind nach den Herz-Kreislaufstörungen die mit Abstand häufigsten Krankheiten in Deutschland: Jährlich werden 2 Millionen Menschen mit Krankheiten der Verdauungsorgane im Krankenhaus behandelt, und die Behandlung erfordert mehr als 11 Millionen Belegungstage (Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2016, Kap. 4.1.1, S. 120; Weißbuch Gastroenterologische Erkrankungen 2020 /21, S. 1). Dies sind nahezu doppelt so viele wie für die Erkrankungen der Lunge (J00-J99) oder die psychischen Erkrankungen (F00-F99) und zweieinhalbmals so viele wie bei den neurologischen Krankheiten (G00-G99). Die bösartigen Erkrankungen von Magen-Darm-Trakt, Leber und Pankreas (ICD C15-C26) führen in deutschen Krankenhäusern zu 320.000 Behandlungsfällen mit 3,3 Millionen Behandlungstagen und fordern 24.000 Todesfälle. Damit sind die Krebserkrankungen der Verdauungsorgane häufiger als die der Lunge (C32-C34) und mehr als doppelt so häufig wie der Brustkrebs der Frau (C50) oder die hämato-onkologischen

Malignome des Blutes und der Lymphdrüsen (C81-C96) (Weißbuch Gastroenterologische Erkrankungen 2020/21, S. 7). Es ist unzweifelhaft, dass hier äußerst komplexe Krankheitsbilder vorliegen, die auf eine spezialisierte interdisziplinäre Versorgung in hohem Maße angewiesen sind.

Es besteht die Gefahr, dass durch die hier getroffenen Zentrumsregelungen für ausgewählte Fächer eine ökonomisch begründete Verschiebung der Patientenversorgung in den Krankenhäusern zum Nachteil der Versorgung der oben genannten Patientengruppen mit Erkrankungen der Bauchorgane entsteht. Daher ist es sinnvoll interdisziplinäre viszeralmedizinische Zentren vorzuhalten, die mindestens die Fachabteilungen Viszeralchirurgie, Gastroenterologie und Radiologie umfassen und u.a. eine spezialisierte interventionelle Endoskopieeinheit mit 24/7 Notfallbereitschaft für Patientinnen und Patienten und andere Leistungserbringer vorhalten. Diese Zentren kooperieren mit Transplantationszentren und führen regelhaft die Diagnostik und Evaluation von Patienten durch, die einer Lebertransplantation bedürfen. Diese Einrichtungen übernehmen als besondere Aufgaben interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten, auch für andere Krankenhäuser, sowie regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten bei Erkrankungen der Bauchorgane.

Zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Onkologische Zentren:

Die DGVS unterstützt den Vorschlag, Onkologische Zentren zu definieren. Die DGVS unterstützt dabei die Anmerkungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Gastroenterologie befasst sich seit vielen Jahren durch die Koordination von S3-Leitlinien und deren Implementierung u.a. in Organkrebszentren intensiv mit der Qualitätssicherung in der Visceralmedizin. Gastrointestinale Tumoren machen hinsichtlich ihrer Inzidenz und ihrer Mortalität einen Großteil der Tumorerkrankungen in Deutschland aus.

Die DGVS sieht die Notwendigkeit eine Zentrumsversorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, weist aber darauf hin, dass ein Regelungsbedarf ebenfalls für zertifizierte Organkrebszentren, wie z.B. Darmkrebszentren oder Pankreaszentren, besteht, die außerhalb von Onkologischen Zentren qualitativ hochwertige Versorgung mit nachgewiesener Verbesserung des Überlebens von Patienten liefern und die ähnliche strukturelle Belastungen wie in Onkologischen Zentren organisierte Einrichtungen, z.B. in den interdisziplinären Tumorboards oder im Bereich Psychoonkologie, tragen. So kann auch außerhalb von Ballungszentren eine nachprüfbar qualitativ hochwertige onkologische Versorgung gewährleistet werden.

Im Weiteren finden Sie spezifische Kommentare zum Beschlussentwurf und zu einzelnen in den Anlagen aufgeführten Zentren:

Zum Beschlussentwurf §2, Begriff des Zentrums		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV	Die DGVS unterstützt den Vorschlag der GKV: Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelung wahrnehmen, <u>die hierfür festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllen</u> und für die eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist.	Der Begriff des Zentrums sollte auch an die Verpflichtung zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen geknüpft werden.

Zum Beschlussentwurf §3, Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 5	Die DGVS unterstützt den Vorschlag der DKG: „Darüber hinaus kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die der stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten mittelbar zugutekommt. Sie können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.“	In der Psychoonkologie sind Leistungen zu erbringen, die nicht zur unmittelbaren, stationären Patientenversorgung gehören.
Absatz 6	Es muss es eine Möglichkeit geben werden, dass im Beschluss nicht geregelte Zentren/Schwerpunkte auch nach dem 31.12.2019 besondere Aufgaben zugewiesen werden können.	Im Beschluss sind aktuell nicht alle Zentren/Schwerpunkte durch Anlagen geregelt worden, die versorgungsrelevant sind. Siehe hierzu auch unsere Ausführungen zur Auswahl der Zentren auf Seite 1 dieser Stellungnahme.

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Nummer 2 Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) .etc. (Seite 13) GKV-SV/PatV:	Wir halten die Vorgabe einer Mindestanzahl von B-Zentren für nicht zielführend.	In der Regel wird es sich bei den Zentren um Zusammenschlüsse in einer Größenordnung von 8-12 B-Zentren handeln. Es ist möglich, dass an einem A-Zentrum für seltene Krankheiten durch Wachstum einzelner B-Zentren oder Wegfall bzw. Nicht-Aktivität von anderen B-Zentren weniger als fünf Zentren betreut werden. Wir halten die Vorgabe einer Mindestanzahl von B-Zentren daher für nicht zielführend.
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Abschnitt e Mindestens eine Ärztin oder Arzt eines Fachzentrums verfügt über eine Prüfarztqualifikation...etc. (Seite 14) GKV-SV/PatV	Diese Regelung wird unterstützt.	Diese Regelung wird befürwortet, da die Zentren für seltene Krankheiten grundsätzlich an wissenschaftlichen Studien teilnehmen sollten und hierfür eine gültige Prüfarztqualifikation bei den ärztlichen Mitarbeitern erforderlich ist.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Abschnitt f Zentrum erhebt Forschungsdaten ...etc. (Seite 15) DKG	Der Vorschlag der DKG, dass nach Möglichkeit Forschungsdaten dokumentiert werden sollten, wird unterstützt.	Der Vorschlag der DKG wird unterstützt, da es als unrealistisch angesehen wird, zu jedem Patienten Daten in ein entsprechendes Register einzugeben. Dies liegt daran, (1) dass Patienten, die zu Abklärungsuntersuchungen eingewiesen werden, oft keine letztgültige Diagnose erhalten, (2) die Eingabe von Daten in ein Register von der Einwilligung des Patienten abhängig ist und darüber hinaus (3) oft keine entsprechenden Register für die diagnostizierten Erkrankungen existieren. Ein übergreifendes Register ist wünschenswert, erfordert aber sowohl in personeller wie finanzieller Hinsicht sehr hohen Aufwand.

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Abschnitt i Das Fachzentrum ist im Versorgungsatlas für seltene Erkrankungen registriert etc. (Seite 15) GKV-SV/PatV	Dieser Vorschlag ist grundsätzlich zu befürworten.	Von Seiten der DGVS wird angeregt, die Kriterien zur Qualitätskontrolle der Abbildung im www.se-atlas.de offenzulegen bzw. zu überprüfen, da diese derzeit nicht erkennbar sind. Für die Qualifikation als Zentrum sollten extern überprüfbare Qualitätskriterien, z. B. die NAMSE-Kriterien, herangezogen werden bzw. Zertifizierungen angestrebt werden.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Punkt 3 Übernahme der koordinierten Aufgaben für mindestens fünf Fachzentren ...etc. (Seite 15) GKV-SV/PatV	Diese quantitative Festlegung wird abgelehnt.	Siehe hierzu Begründung/Anmerkung 1.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Punkt 4./2. Punkt a bis g (Seite 16) PatV/KBV	Hier wird die Version der DKG unterstützt.	Die Erstellung von SOPs für die genannten Punkte a-g ist wünschenswert. Punkt a) Angesichts der Vielzahl von Fragestellungen bei abzuklärenden Patienten wird eine SOP für eine klinische Differentialdiagnostik für wenig zielführend gehalten. Nach Einschätzung der DGVS wird es für wenig realistisch gehalten, konkrete Handlungsempfehlungen zu geben, wenn die Patienten einer psychosomatischen Betreuung bedürfen. Die entsprechende Betreuungsangebote sollten in Wohnortnähe des Patienten verfügbar sein, sie sind keinesfalls für das Zentrum für seltene Erkrankungen einsehbar, überprüfbar oder modulierbar.

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		Punkt b) Die Erstellung von SOPs für Fallkonferenzen für die Indikationsstellung zur Exonsequenzierung sowie für die Kooperation für die externen B-Zentren und anderen Gesundheitsdienstleistungen (Punkte b, c, und g) werden befürwortet. Punkt e) Es ist nicht klar was mit einem integrierten, standort übergreifenden oder internationalen Fachzentrum gemeint ist.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Punkt 7 Einsatz eines ärztlichen oder nicht-ärztlichen Lotsen ...etc. (Seite 18) DKG	Die DKG-Version wird von der DGVS befürwortet.	Es ist nicht notwendig, dass durch den Lotsen eine bundesweite Steuerung übernommen wird (GKV-Version). Gegebenenfalls kann bei Nicht-Verfügbarkeit interner Einrichtungen auch auf externe humangenetische Expertise zurückgegriffen werden, die in hoher Qualität auch an außer-institutionellen Einrichtungen zur Verfügung steht (Version der Patientenvereinigung). Der Zugang zu komplexer Medizininformatik ist wünschenswert, aber keine Voraussetzung für ein erfolgreiches Management für eine Einrichtung zur Behandlung von seltenen Krankheiten (Version der Patientenvereinigung). Keinesfalls darf er Grundlage für zu erteilende Zuschläge sein.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Punkt 8./7. Koordination und Datenpflege von miteinander vernetzten Registern etc. (Seite 20) PatV/KBV/LV	Die DGVS befürwortet den vorgeschlagenen Ansatz.	Das Einpflegen von Daten in Register sowie die entsprechende Koordination durch entsprechend qualifiziertes Personal werden befürwortet. Der Aufbau von Biobanken für bestimmte Krankheitsgruppen ist sehr wünschenswert, da hierdurch die Forschung vorangetrieben werden kann. Gleichzeitig wird angemerkt, dass die Etablierung von Registern für distinkte Krankheitsentitäten außerordentlich aufwändig – sowohl hinsichtlich der Datenpflege, des Managements und der gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes – ist. Wiewohl auch einzelne Ansätze zur Etablierung von unabhängigen Registern durchaus erfolgreich sein können, ist hier kein Pflichtkriterium

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		zu sehen, da das erfolgreiche Betreiben von Registern auch sehr hohe Mittel erfordert.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 2, Punkt 3 Forschungstätigkeit: 1. Mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen etc. (Seite 21) GKV-SV/KBV/PatV	Der Vorschlag ist grundsätzlich zu befürworten.	Die Mitarbeit an Leitlinienkonsensuspapieren sowie die internationale Vernetzung mit Experten an Referenzzentren ist selbstverständlich bzw. wünschenswert. Die Erstellung von genuinen wissenschaftlichen Publikationen ist ebenfalls Grundvoraussetzung. Von zwingenden zeitlichen oder quantitativen Vorgaben sollte allerdings abgesehen werden, da sich in dem sehr überschaubaren Bereich der seltenen Krankheiten durch Personalwechsel oftmals gravierende Verzögerungen ergeben können, die dann nicht zur Erfüllung der erwünschten Auflagen führen können. Das Gebiet zeichnet sich gerade dadurch aus, daß die besondere Expertise zunächst nicht ersetzbar ist.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 4, Mindestfallzahlen (Seite 21) GKV-SV	Die avisierte Mindestfallzahl von 5.000 behandelten Patientinnen und Patienten ist deutlich zu hoch angesetzt	Die Mindestfallzahl ist als vollkommen unrealistisch zu bezeichnen: Selbst an den größten Zentren, beispielsweise für seltene Stoffwechselkrankheiten, werden in der Regel nicht mehr als 600 bis 800 Patienten pro Jahr ambulant betreut. Die stationäre Konversionsquote bei diesen Patienten liegt bei 10 - 20%, sodass selbst bei einem Zentrum für seltene Krankheiten mit sehr vielen behandelten Patientinnen und Patienten nur wenige Hundert stationäre Behandlungen resultieren. Es wird daher angeregt, gegebenenfalls Mindestanforderungen für die Fallzahl von ambulant behandelten Patienten mit entsprechenden OMIM-Diagnosen bzw. nachprüfbaren Datensätzen zu formulieren..

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 4, Punkt 12 Orphanet kennnummer etc. (Seite 21) PatV	Die obligate Verwendung von OMIM-Nummern wird abgelehnt.	Die Orphanetkennnummer ist eine sechsstellige Ziffer, die anhand klinischer, biochemischer sowie genetischer Befunde eine eindeutige Zuordnung eines Krankheitsbildes zu einer klar definierten genetisch bedingten Erkrankung ermöglicht. Eine eindeutige Zuordnung einer genetisch bedingten Erkrankung zu einem Krankheitsbild dürfte nur in den wenigsten Fällen vorliegen, da (1) in vielen Fällen überhaupt keine genetische Diagnostik erfolgt ist, (2) die Durchführung der genetischen Diagnostik an die Auflagen des Gendiagnostikgesetzes geknüpft ist und (3) die Erforschung der seltenen Krankheitsbilder zum Teil noch nicht soweit abgeschlossen ist, dass in jedem Einzelfall eine entsprechende OMIM-Kennnummer vergeben werden kann. Als Beispiel wären die verschiedenen Formen der Methylmalonacidurie zu nennen.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 4, Punkt 2 Durchführung von mindestens 50 interdisziplinären Fallkonferenzen ...etc. (Seite 21) GKV-SV	Die Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen wird grundsätzlich befürwortet.	Das Abhalten von Fallkonferenzen ist wichtig und wird von der DGVS unterstützt. Die DGVS setzt sich in diesem Kontext für eine möglichst umfassende Definition ein; so könnten z.B. Besprechungen von Einzelfällen mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Kolleginnen und Kollegen unter Einsatz telemedizinischer Möglichkeiten Fallkonferenzen sein. Von Mindestauflagen sollte Abstand genommen werden. Zudem sollte auch die Einbeziehung von Patienten aus anderen Einrichtungen außerhalb von Krankenhäusern möglich sein, da hier der Hauptberatungsbedarf liegt.
<u>§ 1, Qualitätsanforderungen:</u> Absatz 5 Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung (Seite 23) GKV-SVP/PatV/KBV	Die DGVS hält sowohl das Qualitätsmanagement als auch die Qualitätssicherung für wünschenswert; allerdings sollte keine Festlegung auf ein bestimmtes QM-Modell erfolgen.	Die Fachgesellschaft merkt an, dass es sich bei dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) um das Markenzeichen einer bestimmten Zertifizierungsrichtung (KTQ) handelt. Es gibt hierzu allerdings auch Alternativen; in diesem Zusammenhang wird auf die entsprechende Industrienorm DIN ISO 9001 verwiesen. Eine Festlegung auf den PDCA-Zyklus scheint nicht nötig.

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 1 Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patienten etc. (Seite 24) GKV-SV	Hier sollte der Beratungsbedarf im niedergelassenen Bereich berücksichtigt werden.	Hier weist die DGVS darauf hin, dass ein erheblicher Beratungsbedarf in den Einrichtungen des niedergelassenen ärztlichen Bereichs besteht, in dem sich die meisten Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen in Betreuung befinden.
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 1 Durchführung von ein- richtungsinternen und externen interdisziplinären Fortbildungsveranstaltungen etc. (Seite 24) Pat-V	Hier wird die Version der Patientenvereinigung unterstützt.	Eine Festlegung auf Adressaten bzw. Inhalte bei Fortbildungsveranstaltungen ist nicht erforderlich. Eine Betonung der Kooperation mit Patientenorganisationen wird befürwortet.
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 4 Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen etc. (Seite 26/27) GKV-SV/KBV/PatV	Hier wird auf die Anmerkungen zu §1, Qualitätsanforderungen, Absatz 5 "Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung (Seite 23) GKV-SVP/PatV/KBV" verwiesen.	Erfahrungsgemäß bindet die Dokumentation der QM-Standards im PDCA-Zyklus erhebliche Ressourcen. Hierbei weist die DGVS auf die angespannte Personalsituation und den Mangel an entsprechenden Fachkräften im Krankenhaus hin. Im Vordergrund steht zuvörderst die optimale Versorgung der den jeweiligen Ärzten und Ärztinnen anvertrauten Patienten. Die ärztlichen Ressourcen müssen vorrangig für die Patientenversorgung genutzt werden. Eine Dokumentation der verbindlichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im Zentrum für seltene Erkrankungen durch die jeweiligen Netzwerkpartner wird befürwortet. Eine Nennung der Leitlinien

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum und seine Netzwerkpartner beteiligt sind, wird befürwortet.
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 4 Erbringung zentrums- spezifischer tele- medizinischer Leistungen etc. (Seite 28) DKG	Die DGVS unterstützt den Formulierungsvorschlag der DKG.	Von einer Festlegung auf Krankenhäuser wird abgeraten, da die Hauptberatungsleistung auch für interdisziplinäre Fallkonferenzen im ambulanten Bereich liegt.
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 6./2 Registererstellung etc. (Seite 28) GKV-SV/KBV	Hier wird die Version der DKG befürwortet.	Ein übergreifendes Register für seltene Erkrankungen existiert derzeit nicht und ist nicht zielführend. Ziel sollte es stattdessen sein, krankheitsspezifische Register mit entsprechenden Daten zu füllen.

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>§ 2. Besondere Aufgaben:</u> Absatz 6./2 Einsatz von ärztlichen und nicht-ärztlichen Lotsen etc. (Seite 29) GKV-SV	Hier wird die Version der DKG befürwortet.	Eine nationale oder transnationale Koordination durch Lotsen des jeweiligen Zentrums ist für die überwiegende Zahl der Patienten mit seltenen Erkrankungen nicht erforderlich.
<u>§ 2. Besondere Aufgaben:</u> Absatz 9./6. Implementierung eines Transitionskonzepts zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin etc. (Seite 29/30) GKV-SV/PatV	Der Vorschlag wird grundsätzlich befürwortet.	Die DGVS hält es für unabdingbar, dass ein Zentrum für seltene Krankheiten, sofern nicht nur Erkrankungen des Erwachsenenalters betreut werden, ein entsprechendes Transitionskonzept implementiert. Ziel ist es, dass alle Patienten, die das 18. Lebensjahr erreicht haben, unmittelbar in die Erwachsenenmedizin überführt werden.
<u>§ 2. Besondere Aufgaben:</u> Absatz 4./5. Interdisziplinäre Fallkonferenzen etc. (Seite 30) KBV/DKG	Die DKG-Version wird befürwortet.	Vgl. hierzu auch die Begründungen/Anmerkungen zu den oben genannten Punkten. Der Hauptberatungsbedarf liegt im ambulanten Bereich. Die hochspezialisierte Infrastruktur des jeweiligen Zentrums sollte hier voll nutzbar sein. Eine telemedizinische Unterstützung wäre sinnvoll.

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 6 Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote etc. (Seite 31) DKG	Dieser Punkt wird ausdrücklich unterstützt.	Dieser Punkt ist von hoher Bedeutung, da für das Management seltener Erkrankungen zum Teil technische Angebote vorgehalten werden müssen, die nur an einzelnen Standorten zur Verfügung stehen können. Dies gilt für bestimmte Meßverfahren (z. B. Elastographie, Magnetenzephalographie oder Ferriscan)
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 7 Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen etc. (Seite 31) PatV/DKG	Die DKG-Version wird unterstützt.	Die Struktur der Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen kann vom jeweiligen Zentrum im Rahmen der vorliegenden personellen und infrastrukturellen Möglichkeiten festgelegt werden.
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absätze 8. – 12. (Seite 32) DKG	Die Positionen der DKG in den Punkten 8-12 werden unterstützt.	<u>Punkt 8:</u> Eine gesamtheitliche Darstellung und Veröffentlichung der Zentrumsstruktur im Internet ist obligat. <u>Punkt 9:</u> Andere Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich sollen durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten und Abgabe von Behandlungsempfehlungen unterstützt werden („Board-Funktion“). <u>Punkt 10:</u> Über andere Institutionen ist zu informieren. <u>Punkt 11:</u> Mitarbeiter mit besonderen Qualifikationserfordernissen im Schnittstellenbereich in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen sind im Einzelfall vorzuhalten; hierzu zählen Krankengymnasten, Logopäden, Sozialarbeiter sowie ein differenziertes psychotherapeutisches Behandlungsangebot bzw. weiterführende Information über selbiges am Ort. <u>Punkt 12:</u> Die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte wird ausdrücklich unterstützt.

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 8 Ganzheitliche Behandlung etc. (Seite 33) PatVDKG	Die Version der Patientenvereinigung wird abgelehnt.	Von der Verwendung des Begriffs der „ganzheitlichen Behandlung“ wird von Seiten der DGVS abgeraten, da nicht klar ist, was hierunter zu verstehen ist. Grundsätzlich wird befürwortet, dass die Vorhaltung von Personal mit einer spezifischen Qualifikation zur Beratung und Vermittlung von ergänzenden Therapien und Hilfsangeboten zuschlagsfähig ist; hierbei handelt es sich beispielsweise um Logopäden, Physiotherapeuten oder Sozialdienstmitarbeiter, die gegebenenfalls in Wohnortnähe der Patientin/des Patienten tragfähige Angebote vermitteln können.
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Punkt 14 Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer und interner etc. (Seite 33) DKG	Interne sowie externe Qualitätssicherungsmaßnahmen werden durch die DGVS grundsätzlich befürwortet.	Die Anwendung von entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen wird aus fachlicher Sicht befürwortet,
<u>§ 2, Besondere Aufgaben:</u> Absatz 11 Psychosoziale und sozialrechtliche Beratung etc. (Seite 34) PatV	Die DGVS lehnt eine Pflicht zur psychosozialen Beratung für Patientinnen und Patienten ab.	Es ist wichtig, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen seltenen Krankheiten die Möglichkeit zu einer psychosozialen Beratung erhalten. Diese ist in hohem Maße an funktionsfähige lokale und personelle Strukturen gebunden. Bei weiterem Beratungsbedarf sollten den Patienten zusätzliche Behandlungen angeboten werden.

Zu Anlage I, Seltene Erkrankungen		
Zu § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2, Besondere Aufgaben: Absatz 12. Durchführung interdisziplinärer Sprechstunden etc. (Seite 35) PatV	Der Vorschlag zur Durchführung interdisziplinärer Sprechstunden wird für wenig realistisch gehalten.	Wichtig ist, dass die Behandlungsleitung und -führung einer/einem versierten Ärztin oder Arzt obliegt. Konsiliarische Leistungen anderer Fachabteilung müssen angeboten sowie strukturiert und ergebnisoffen dargelegt und eingeleitet werden. Ganz im Zentrum einer erfolgreichen Diagnostik und Therapieführung steht das vertrauensvolle Verhältnis zwischen der einzelnen Patientin/dem einzelnen Patienten und ihrer/seiner Ärztin/Arzt. Die <u>Einrichtung von Spezialsprechstunden</u> wird hingegen von der DGVS ausdrücklich angeregt; hier sollen Patienten mit dezidierten Krankheitsentitäten beraten werden, z. B. Stoffwechselpatienten, die einer fachspezifischen Behandlung bei orthopädischen Problemen bedürfen.

Zu Anlage II – Onkologische Zentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1, Qualitätsanforderungen	Anstelle der im GKV-SV-Vorschlag spezifizierten Fachabteilungen für Onkologie, Chirurgie und Radiologie sollten Fachabteilungen für <u>Innere Medizin</u> , Chirurgie und Radiologie vorgesehen werden.	Die medikamentöse Tumorthherapie wird nicht exklusiv durch die Onkologie, sondern auch durch andere Fachabteilungen für Innere Medizin (Gastroenterologie, Pneumologie) erbracht.
	Anstelle einer bestimmten Zahl von Tumorentitäten (hier 3) sollten die strukturellen Anforderungen in den Vordergrund gestellt werden.	Die Forderung eines Versorgungsangebotes von drei Tumorentitäten birgt die Gefahr, dass häufige Tumorerkrankungen (z.B. gastrointestinale Tumorerkrankungen) unterrepräsentiert sind.
§ 1, Absatz (5), Mindestfallzahlen	Neben "Darmkrebs" sollten als Tumorentität "gastrointestinale Krebsarten" aufgeführt werden. Diese umfassen dann aus Tabelle 1	Dieser Vorschlag gliedert die Tumorentitäten analog zum Fachgebiet Gynäkologie (Brustkrebs und gynäkologische Krebsarten) für die

Zu Anlage II – Onkologische Zentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	• Pankreas • Magen • Leber (HCC) • Speiseröhre und • sonstige gastrointestinale Tumoren	Fachgebiet Gastroenterologie und Viszeralchirurgie (Darmkrebs und gastrointestinale Krebsarten).

Zu Anlage IV – Rheumatologische Zentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1 Qualitätsanforderungen, Absatz (1)	Bei den strukturellen Anforderungen ist die Gastroenterologie als einer der notwendigen Fachabteilung am Standort bzw. als Mitbehandlungsmöglichkeit aufzuführen.	Rheumatologische Krankheiten und ihre Komorbiditäten manifestieren sich sehr häufig am Gastrointestinaltrakt und erfordern eine spezifische gastroenterologische Diagnostik und Therapie. Hierzu zählen z.B. folgende Hauptdiagnosen: D68.6 Thrombophilien D68.8 Koagulopathien D69.0 Purpura anaphylactoides D89.1 Kryoglobulinämie E85.0 Amyloidose M02.- postenterische und reaktive Arthritis M06.1 adulte Still-Krankheit M07.- Spondylitis psoriatica M30.- Panarteriitis nodosa M31.6 Riesenzellerarteriitis M31.7 mikroskopische Polyangiitis M32.- systemischer Lupus erythematodes M33.- Polymyositis M34.- systemische Sklerose M35.0 Sicca-Syndrom M35.2 Behçet-Krankheit

		M35.4.eosinophile Fasziitis M36.0 Dermato-/Polymositis bei Neubildungen M46.9 entzündliche Spondylopathie
§ 2, Besondere Aufgaben, Nr. 4	Im Vorschlag der GKV sind die Informationen zu der Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Rheumatologie, Kardiologie, Nephrologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie um die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Gastroenterologie zu erweitern.	Rheumatologische Krankheiten und ihre Komorbiditäten manifestieren sich sehr häufig nicht nur an den im Beschlussentwurf genannten Organystemen, sondern auch am Gastrointestinaltrakt und erfordern daher eine spezifische Diagnostik und Therapie durch das Fachgebiet Gastroenterologie. Siehe hierzu auch die Liste der Hauptdiagnosen in der Begründung zum Änderungsvorschlag zu §1 Qualitätsanforderungen (Absatz 1) oben.

Die Stellungnahme wurde verfasst von:

Prof. Dr. med. Stephan vom Dahl, Düsseldorf
Prof. Dr. med. Dieter Häussinger, Düsseldorf
Prof. Dr. med Frank Lammert, Homburg
Prof. Dr. med. Ludger Leifeld, Hildesheim
PD Dr. med. Petra Lynen Jansen, Berlin

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und Ihre Arbeitsgemeinschaften, namentlich:

- Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologischer Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie
- Arbeitsgemeinschaft onkologische Radiologie
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie
- Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin
- Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie
- Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit
- Arbeitsgemeinschaft supportive Maßnahmen in der Onkologie
- Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie
- Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft

Folgende Fachgesellschaften, die am Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft beteiligt sind (alphabetisch):

- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen- Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., in Kooperation mit dem Verband pneumologischer Kliniken und der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
- Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

Berlin, 23. September 2019

Beschlussentwurf – Erstfassung	
Beschlussentwurf	Stellungnahme: Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften begrüßen die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren. Die damit erreichte Vereinheitlichung ermöglicht Transparenz und stellt eine bundesweit einheitliche Grundlage für die Organisation onkologischer Versorgungsstrukturen dar. Besonders positiv ist die klare Bezugnahme auf die im Rahmen des Nationalen Krebsplans des Bundesministeriums für Gesundheit bereits definierten Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte onkologische Versorgung. Für die Onkologischen Zentren konnte im Sinne des Nationalen Krebsplans erreicht werden, dass es bundesweit ein Zertifizierungsverfahren gibt, an dem sich alle onkologisch tätigen Fachgesellschaften beteiligen. Somit gibt es in der Onkologie auch lediglich einen Standard für Onkologische Zentren, der durch die Fachgesellschaften getragen wird. Dieser Standard stellt an vielen Stellen die Grundlage für die Inhalte des Beschlussentwurfs dar. Das ist um so erfreulicher, weil die seit 2008 bestehenden Zertifizierungsanforderungen bereits zeigen konnten, dass sie in der Versorgung anwendbar sind und zudem die Qualität der onkologischen Behandlungen verbessern. So wurde durch verschiedene Publikationen belegt, dass in den zertifizierten Zentren in Abhängigkeit von der Tumorentität eine Verbesserung des Gesamtüberlebens und des krankheitsspezifischen Überlebens, eine Reduktion der postoperativen Mortalität und der 30-Tage-Mortalität sowie eine Verbesserung des funktionellen Outcomes nach Operation erreicht wird [1-8]. Die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Onkologischen Zentren nehmen in dem Beschlussentwurf somit eine Sonderstellung ein, da sie auf bereits positiv evaluierten Vorgaben aufbauen können. 1. Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, Rauh C, Bani MR, Knob S, Petsch S, Schick S, Fasching PA, Hartmann A, Lux MP, Haberle L. Quality assured health care in certified breast centers and improvement of the prognosis of breast cancer patients. <i>Onkologie</i>. 2011;34(7):362-7. 2. Haj A, Doenitz C, Schebesch K-M, Ehrensberger D, Hau, P., Putnik K, et al. Extent of Resection in Newly Diagnosed Glioblastoma: Impact of a Specialized Neuro-Oncology Care Center. <i>Brain Science</i>. 2017;8 (5). 3. Trautmann F, Reißfelder C, Pecqueux M, Weitz J, Schmitt J. Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care. <i>Eur J Surg Oncol</i>. 2018. doi: 10.1016/j.ejso.2018.05.013 4. Völkel V, Draeger T, Gerken M, Fürst A, Klinkhammer-Schalke M. Langzeitüberleben von Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen: Ein Vergleich von Darmkrebszentren und nicht zertifizierten Krankenhäusern. <i>Gesundheitswesen</i>. 2018. DOI: 10.1055/a-0591-3827 5. Weinhold I, Keck T, Merseburger A, Rody A, Wollenberg B, Wende D, Hackl D, Elsner C. [Utility Analysis of Oncological Centre Building in the Field of Colorectal Cancer]. <i>Zentralbl Chir</i>. 2018;143(2):181-92 6. Kreienberg R, Wöckel A, Wischnewsky M. Highly significant improvement in guideline adherence, relapse-free and overall survival in breast cancer patients when treated at certified breast centres: An evaluation of 8323 patients. <i>The Breast</i> 40 (2018): 54-59 7. Hoffmann H, Passlick B, Ukena D, Wesselmann S. Chirurgische Therapie des Lungenkarzinoms: Argumente für die Behandlung in großen Zentren. <i>Zentralblatt für Chirurgie – Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie</i> 2019. DOI: 10.1055/a-0806-8021. 8. Butea-Bocu MC, Brock O, Otto U (2018) Certification - a necessary inconvenience? <i>Oncol Res Treat</i> 41(suppl 1) VII–221 (2018) e-ISSN 2296–5262

Zu § 1 bis § 4 Absatz 3		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/PatV/KBV	Stellungnahme: Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Vorschläge des/der GKV-SV/PatV/KBV für die Definition der Rechtsgrundlage, des Zentrumbegriffs, der Ausgestaltung der näheren Aufgaben und die Abgrenzung zu anderen Aufgaben. Für die Versorgung von Patienten mit malignen Erkrankungen sollen die Kriterien für Onkologische Zentren gelten.	Mit den Ausführungen werden die notwendigen Grundlagen für die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren klar definiert und erlauben eine eindeutige Orientierung.
Zu § 5 Absatz 2		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV	Änderungsvorschlag: (2) Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt. Die Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG ergänzend, wird ein Lungenkrebszentrum als Teil des Standorts eines Onkologischen Zentrums betrachtet, auch wenn der Abstand zwischen den Gebäuden dieses Standorts mehr als 2000m beträgt.	Die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs macht die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen notwendig. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren im besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie oder auch Palliativmedizin. Gleichzeitig findet, historisch aus den früheren Tuberkulose-Kliniken entstanden, die Betreuung der Lungenkrebspatienten häufig in eigenständigen Gebäudekomplexen statt, die mehr als 2000m von den anderen Gebäuden des Standorts entfernt liegen. Um die Ausbildung von Doppelstrukturen zu vermeiden und die sinnvollen Synergien zwischen den onkologisch tätigen Fachdisziplinen eines Onkologischen Zentrums zu fördern, ist für die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs die Abstandsbegrenzung (2000m lt. Vereinbarung über die Definition von Standorten, Stand 29.08.2017) auszusetzen.

Zu § 5 Absatz 5		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV	Änderungsvorschlag: Das Nähere zu Mindestfallzahlen ist in den Anlagen festgelegt. Für die Berechnung der Mindestfallzahl ist die Summe aller in der Anlage näher bezeichneten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen bzw. im Mittelwert der letzten 2 Kalenderjahre maßgeblich, die von dem Krankenhaus oder dem Teil des Krankenhauses stationär behandelt wurden, das die entsprechende besondere Aufgabe wahrnimmt. Für die in Anlage II, §1, Absatz 2 definierten Qualitätsanforderungen kann das letzte Kalenderjahr als Betrachtungszeitraum zugrunde gelegt werden.	Für die Überprüfung der Mindestfallzahlen sollten nicht nur die zurückliegenden vier Quartale, sondern auch der Mittelwert über die letzten 2 Kalenderjahre zugrunde gelegt werden. Damit kann eine eventuell auftretende, kurze Schwankung der Fallzahlen ausgeglichen werden, ohne das gesamte Zentrum in Frage zu stellen. Für die Erstellung von Qualitätsberichten, die (u.a. Qualitätsindikatoren) Ergebnisse der Zentren betrachten, sollte ein einheitlicher Betrachtungszeitraum mit klarem Beginn (= 01.01.) und Ende (= 31.12.) definiert werden. Die Betrachtung von Quartalen erschwert die Auswertung erheblich, macht sie Fehleranfällig und reduziert unnötigerweise die Aussagekraft der Berichte.
Zu § 5 Absatz 6 und 7		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV GKV-SV/PatV	Stellungnahme: Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Vorschläge des GKV-SV bzw des/der GKV-SV/PatV für die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen	Die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen ist ein wichtiges Merkmal Onkologischer Zentren. Über die Vermittlung von Kontakten mit anderen Betroffenen werden die Verarbeitung und Bewältigung einer onkologischen Erkrankung für den einzelnen Patienten positiv unterstützt. Gleichzeitig wird durch die Anbindung der Selbsthilfe-Gruppen an Onkologische Zentren die Vermittlung von vertrauenswürdigen Informationen über eine onkologische Erkrankung gefördert und das Wissen für den Umgang mit der Erkrankung gestärkt.

KBV	Stellungnahme: Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Eingabe der KBV, dass bei der Wahrnehmung der besonderen Aufgabe im Sinne der vorliegenden Regelung eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen stattfindet.	In der Onkologie ist eine Zusammenarbeit der praktisch Tätigen im Sinne eines Netzwerkes obligat, unabhängig von Sektorengrenzen. Es gibt (annähernd) keine Krankheitsverläufe in der Onkologie, die ausschließlich stationär oder ausschließlich ambulant erfolgen, so dass eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen stattfinden sollte. Die für einzelne Tumorentitäten geltenden Sonderregelungen sind in den entsprechenden Anforderungen/Anlagen ausgeführt (z.B. Kinderonkologie)
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 Qualitätsanforderungen (1) a)		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV	Änderungsvorschlag: a) Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums. ~~und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen. Für die Pathologie muss am Standort sichergestellt sein, dass neben der Verfügbarkeit während der regulären Arbeitszeiten auch die Krebsdiagnose in Notfällen innerhalb von 24h sichergestellt ist.~~	Die durch Fachärzte für Pathologie durchgeführte pathomorphologische Diagnostik ist nur in definierten Ausnahmefällen auch an Feiertagen und Wochenenden notwendig, wie z.B. bei einer drohenden oberen Einflusstauung bei Verdacht auf ein mediastinales malignes Lymphom. Für diese Fälle muss sichergestellt sein, dass eine Krebsdiagnose innerhalb von 24 Stunden gewährleistet ist. Da die pathologische Diagnostik eine aufwendige technische Aufarbeitung der Gewebeprobe voraussetzt und u.U. auch weiterführende stufendiagnostische Untersuchungen erfordert, könnte die bisher formulierte Anforderung nicht durch telefonische Verfügbarkeit oder Schnellschnitt erfüllt werden. Aus diesem Grunde sollte für den Standort des Onkologischen Zentrums eine Krebsdiagnose innerhalb von 24 Stunden gewährleistet sein, die auch weiterführende Gewebeuntersuchungen am selben Material ermöglicht.
LV	Stellungnahme: Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Bezugnahme der Landesvertretungen auf das „Nationale Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe.	Mit der Bezugnahme auf das Nationale Zertifizierungsprogramm Krebs, also ein Ergebnis des Nationalen Krebsplan, wird beispielhaft verdeutlicht, dass die gesundheitspolitischen Initiativen im Bereich Krebs aufeinander aufbauen und sinnhaft aufeinander abgestimmt sind.
DKG	Änderungsvorschlag: a) ~~Das Zentrum/Schwerpunkt verfügt über ein überörtliches Einzugsgebiet (der Anteil der onkologischen Patientinnen und Patienten, die über 60 PKW-Minuten bis zum Krankenhaus zurücklegen, liegt bei 10 Prozent gemessen an der Summe der onkologischen Patientinnen und Patienten im Kalenderjahr).~~	Die Bezugnahme auf PKW-Minuten als Merkmal eines überörtlichen Einzugsgebiets wird als nicht sinnvolles Kriterium für den Nachweis der Qualität erachtet. Die Fahrzeit ist nicht sicher zu erheben und ist, in Abhängigkeit von der behandelnden Tumorerkrankung, von sehr unterschiedlicher Aussagekraft, so dass sie nicht als Qualitätsanforderung für ein Onkologisches Zentrum genutzt werden sollte.

	Oder Onkologisches Zentrum/Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für mindestens 3 Tumorentitäten (Organkrebs-zentren/Module) gemäß den im „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft beschriebenen Kriterien. ~~Ausgenommen von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie~~	Ein Ziel der besonderen Aufgaben von Zentren ist es, Expertise zu bündeln, Synergien zwischen onkologisch Tätigen zu nutzen und damit die Qualität der Versorgung zu steigern. Aus diesem Grund müssen in den Vorgaben an Onkologische Zentren alle Tumorentitäten erfasst werden. Die Onkologie in Einzelbereiche zu unterteilen verhindert die Zielerreichung, lässt aktuelle diagnostische und therapeutische Ansätze außer Acht und vergibt die einmalige Möglichkeit, mit den Regelungen für die Konkretisierung der besonderen Aufgaben einen Weg für eine Gesamtbetrachtung der Onkologie vorzugeben.
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 Qualitätsanforderungen (1) b)		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV/LV	Änderungsvorschlag: b) 24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten oder Erbringung von mindestens 25 Fällen mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des onkologischen Zentrums (OPS-Kode 8-98e) c) Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen (u.a. Sozialarbeiter, Psychoonkologe, Lotse) in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)	Ad b) Nicht nur aufgrund der sich verändernden diagnostischen und therapeutischen Optionen in der Onkologie hat die palliativmedizinische Versorgung der Patienten einen zunehmenden Stellenwert in der Versorgungskette onkologischer Patienten [1]. Aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft und der teilnehmenden Fachgesellschaften wird vor allem der erste Teil des Satzes unterstützt, da wir die Vorhaltung der Strukturen als notwendige Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung ansehen. [1] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. Ad c) Aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der beteiligten Fachgesellschaften ist es erforderlich, dass besonders qualifiziertes Personal in Schnittstellenbereichen die Aufgabe übernimmt, z.B. Beratungen zu Hilfsangeboten durchzuführen oder vorhandene Hilfsangebote zu koordinieren. Für PatientInnen mit außergewöhnlichen Belastungen ist es eine Notwendigkeit, diese Hilfe zu erhalten, die nur in Onkologischen Zentren strukturiert und qualifiziert erbracht werden kann.

		Aus diesem Grund sollte der unter c) beschriebene Passus nicht, wie vorgesehen, unter §2 Absatz 7 Besondere Aufgaben (GKV-SV) aufgeführt sein, sondern in §1 (1) verschoben und damit eine notwendige Voraussetzung für ein Onkologisches Zentrum werden.
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 Qualitätsanforderungen (1) c)		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
DKG	Änderungsvorschlag: c) Sofern kinderhämato-onkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen. ~~Ausgenommen von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie.~~	Aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft und der beteiligten Fachgesellschaften ist ein Ziel der besonderen Aufgaben von Zentren, Expertise zu bündeln, Synergien zwischen onkologisch Tätigen zu nutzen und damit die Qualität der Versorgung zu steigern. Aus diesem Grund müssen in den Vorgaben an Onkologische Zentren alle Tumorentitäten erfasst werden. Die Onkologie in Einzelbereiche zu unterteilen verhindert die Zielerreichung, lässt aktuelle diagnostische und therapeutische Ansätze außer Acht und vergibt die einmalige Möglichkeit, mit der Konkretisierung der besonderen Aufgaben einen Weg für eine Gesamtbetrachtung der Onkologie vorzugeben.

Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 (2) Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV	Änderungsvorschlag: Im Rahmen externer spezieller Qualitätssicherungsverfahren soll eine regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus stattfinden, sowie jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht erstellt werden, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.	Für die Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der teilnehmenden Fachgesellschaften ist die „regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie [ein] jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, [und] geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt“ eine obligate Voraussetzung für den Erhalt des Zertifikats [1]. Es ist zu begrüßen, wenn mit der Vorgabe ein aussagekräftiges Berichtswesen entsteht, das sinnvoll für die Weiterentwicklung der Qualität in einem Zentrum genutzt werden kann. Die Erfahrungen aus den bestehenden Onkologischen Zentren zeigen, dass für eine nachhaltige Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen im Sinne eines PDCA-Zyklus ein externes Qualitätssicherungsverfahren notwendig ist. Eine unabhängige, externe Beurteilung ermöglicht eine einheitliche Analyse der Strukturen und Prozesse in Onkologischen Zentren. Damit können sehr spezifisch Maßnahmen für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung gefordert und gefördert werden. Mit dem Änderungsvorschlag wird ein einheitlicher Standard für die Qualitätssicherung realisiert. [1] Deutsche Krebsgesellschaft. Kennzahlenauswertung 2019. Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren. Version A1; Stand 14.06.2019. ISBN: 978-3-946714-88-0. https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html [Zugriff am 03.09.2019]
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 (4) Forschungstätigkeit		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
DKG	Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit und hat eine organisatorische Struktur zur Teilnahme an klinischen Studien und Registern.	Die Teilnahme an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien setzt voraus, dass auch die organisatorischen Strukturen sicher im Onkologischen Zentrum implementiert sind.

Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 (4) Kooperationen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV/LV	Stellungnahme: Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Eingabe des/der GKV-SV/KBV/PatV/LV	Die Betreuung onkologischer Patienten erfolgt durch eine enge Zusammenarbeit aller an der Versorgung Mitwirkender. Viele Behandlungsabschnitte werden durch ÄrztInnen des ambulanten Sektors erbracht. Um die Ziele einer umfassenden und modernen Versorgung mit hoher Qualität in allen Therapieschritten zu erreichen, ist es unumgänglich, die vertragsärztliche Ebene nicht nur zu berücksichtigen wie es in der Eingabe der Krankenhausgesellschaft vorgeschlagen wird, sondern sie vielmehr aktiv einzubinden.
Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §1 (5/6) Mindestfallzahlen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV	Änderungsvorschlag: Nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst: • Darmkrebs, • Brustkrebs • Gynäkologische Krebserkrankungen • Hämatologische Neoplasien • Hautkrebs • Lungenkrebs • Prostatakrebs Die je Tumorentität mindestens zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen.	Mit der Anwendung des „Zertrechners“ wird gewährleistet, dass sich nur die Kliniken als Onkologisches Zentrum qualifizieren, die nachweisbar ein breites Spektrum onkologischer Diagnosen mit überprüfter Expertise behandeln. Der Zertrechner ist seit vielen Jahren implementiert und hat seine praktische Anwendbarkeit bewiesen. Erst mit der Kombination mehrerer Parameter (Mindestzahl Tumorentitäten, Mindestprimär-/zentrumsfälle und Erreichen des Geltungsbereichs) ist die gewünschte Transparenz zu erreichen. Ein ausschließlicher Fokus auf das Erreichen von Mindestfallzahlen, ohne die Berücksichtigung des Geltungsbereichs würde dem Ziel des Beschlussentwurfs, nämlich Krankenhäuser mit einem breiten Spektrum in der Onkologie zu fördern, entgegenwirken.

Änderungsvorschlag für den Zertrechner:				
A	B	C	D	E
Hämatologische Neoplasien (Lymphom, Leukämie, Hämatologische Systemerkrankungen)	C81-C88, C90-C96	39.799	9,81	70
A	B	C	D	E
Kinderonkologie	~~Kinder unter 18 Jahren ICD-10 C00-C97), ohne C44~~ Onkologisch-hämatologische Hauptdiagnosen gemäß Liste 1, KiOn-RL	2.111		30

Im Zuge der in der Präambel beschriebenen Vereinheitlichung des Standards für Onkologische Zentren sind klar definierte, umfassende Anforderungen für hämatologische Neoplasien erarbeitet worden. Daraus ergibt sich, dass die hämatologischen Neoplasien in dem Zertrechner folgerichtig zusammengefasst werden sollten. Die in dem Beschlussentwurf aufgeführten Angaben zu ICD-Codes, Inzidenz und Mindestfallzahl (Spalte B-E) bleiben jedoch unverändert.

Wir bitten darum, dass für die Kinderonkologie die Codes aufgeführt werden, die auch als onkologisch-hämatologische Hauptdiagnosen (Liste 1) in der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) erfasst sind. Diese Codes werden zudem im Kinderkrebsregister und in den zertifizierten Kinderonkologischen Zentren genutzt. Mit der klaren Benennung wird eine unter Umständen verwirrende Doppeldokumentation vermieden.

Zu Anlage II – Anforderungen an Onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/LV	Stellungnahme: 2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen.	Das Angebot von regelmäßigen, strukturierten, zentrumsbezogenen Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen, die nicht fremdfinanziert und für die eigenen MitarbeiterInnen und die MitarbeiterInnen anderer Krankenhäuser kostenlos sind, ist eine wichtige Voraussetzung für Onkologische Zentren. Damit wird gewährleistet, dass aktuelle Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten an alle Beteiligten zeitnah weitergegeben werden und eine potentielle Einflussnahme über Finanzierung verhindert wird.
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV	Änderungsvorschlag: ~~7. Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)~~	Aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der beteiligten Fachgesellschaften ist es eine notwendige Qualitätsvoraussetzung für Onkologische Zentren, dass in Schnittstellenbereichen Aufgaben, wie z.B. die Beratungen zu Hilfsangeboten oder die Koordination vorhandener Hilfsangebote übernommen werden. Für PatientInnen mit außergewöhnlichen Belastungen stehen neben den Onkologischen Zentren keine Strukturen zur Verfügung, die diese Leistungen strukturiert und qualifiziert erbringen können. Aus diesem Grund sollte der unter §2 (7) beschriebene Passus zu §1 (1) verschoben werden, damit er eine notwendigerweise zu erfüllende Qualitätsvoraussetzung Onkologischer Zentren wird.

Zu Anlage VII – Lungenzentren		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Alle Versionen	Änderungsvorschlag: VII – Lungenzentren (ohne onkologische Diagnosen)	Eine zentrale Aufgabe der besonders ausgewiesenen Onkologischen Zentren ist es, Expertise zu bündeln, Synergien zwischen onkologisch Tätigen zu nutzen und damit die Qualität der Versorgung <u>für alle Tumorentitäten</u> zu steigern. Die Onkologie in Einzelbereiche zu unterteilen verhindert die Zielerreichung, lässt aktuelle diagnostische und therapeutische Ansätze außer Acht und vergibt die einmalige Möglichkeit, mit der Regelung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben einen Weg für eine Gesamtbetrachtung der Onkologie vorzugeben. Gerade die Betreuung von Patienten mit Lungenkrebs macht die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen notwendig. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren im besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie oder auch Palliativmedizin, die an den Standorten der Onkologischen Zentren mit großer Expertise vorhanden sind. Um die Ausbildung von ökonomisch aufwendigen Doppelstrukturen (Strukturen und Personal) zu vermeiden und die sehr sinnvollen Synergien zwischen den onkologisch tätigen Fachdisziplinen eines Onkologischen Zentrums zu fördern, muss die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs im Rahmen eines Onkologischen Zentrums stattfinden. Da die Abteilungen für die Behandlung von Patienten mit Lungenkrebs jedoch in der Regel aus den früheren Tuberkulose-Kliniken entstanden sind, sind sie ganz überwiegend in eigenen Gebäuden untergebracht, die mehr als 2000m von den anderen Gebäuden eines Onkologischen Zentrums der gleichen Trägerschaft entfernt sind. Damit nicht die qualitativ und quantitativ herausragende Lungenkrebszentren im Rahmen eines Onkologischen Zentrums von den Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren ausgeschlossen werden, sollte diese historisch gewachsene Voraussetzung als Ausnahmeregelung für die Onkologie berücksichtigt und die Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG entsprechend ergänzt werden (siehe auch Änderungsvorschlag §5 Absatz 2 (2)).

Zu Tragende Gründe – Erstfassung 2.8.1.6 GKV-SV Absatz 5 / DKG Absatz 6: Mindestfallzahlen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV	Änderungsvorschlag: Die Anforderungen in § 1 Abs. ~~4 und~~ 1 - 5 können durch eine erfolgreiche Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. für ein Onkologisches Zentrum mit mindestens fünf zertifizierten Organkrebszentren/ Modulen, davon mindestens drei Organkrebszentren, nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen unter § 1 Abs. 4 und 5 entsprechen.	Durch eine erfolgreiche Zertifizierung als Onkologisches Zentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. können die Anforderungen in § 1 Abs. 1 - 5 nachgewiesen werden.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen e.V.
05.09.2019

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte geben Sie an, auf welche Variante sich Ihre Stellungnahme bezieht	Einrichtung von neuromedizinischen Zentren	Wir nehmen mit Bedauern zur Kenntnis, dass im Bereich der Neurologie neben den neurovaskulären Zentren keine weiteren neuromedizinischen Zentren vorgesehen sind. Zumindest im Land Niedersachsen wurde auf Landesebene seitens des MWK das Konzept von neuromedizinischen Zentren anerkannt. Wenn der GBA nun aber die neuromedizinischen Zentren nicht vorsieht, wird dieser auf Landesebene genehmigte Status nicht erlösrelevant werden. Damit wird die Neuromedizin anderen Fachdisziplinen nachrangig behandelt.

(...)

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
16.09.2019

Beschlussentwurf – Erstfassung	
Beschlussentwurf	Stellungnahme: Die Deutsche Röntgengesellschaft begrüßt die Initiative zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren. Die angestrebte Vereinheitlichung ermöglicht Transparenz und stellt eine bundesweit gültige Grundlage für die Organisation von Versorgungszentren mit besonderen Aufgaben dar. Als Querschnittsfach ist die Radiologie an der Patientenversorgung in vielen Zentren beteiligt. Ein zentrales Merkmal aller Zentren ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders kompetenter oder erfahrener Kollegen in einer qualitätsgesicherten Organisationsstruktur. Aus diesem Grund spricht sich die Deutsche Röntgengesellschaft dafür aus bei den Qualitätsanforderungen grundsätzlich die Verfügbarkeit aller erforderlichen Fachabteilungen und deren besondere Qualifikationen festzulegen. Dabei sollten durchgängig einheitlich und klar definierte Qualifizierungsstufen verwendet werden und etablierte Zertifizierungssysteme berücksichtigt werden.

Zu den Anlagen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu Anlage I – Seltene Erkrankungen § 1 GKV-SV/KBV	Die Deutsche Röntgengesellschaft und die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie sprechen sich dafür aus, dass in den Zentren für Seltene Erkrankungen neben Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin und Humangenetik zusätzlich auch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie als strukturell notwendige Voraussetzung eingeplant werden.	Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügen über die Expertise in der bildbasierten Diagnostik seltener Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Neben den klassischen Skelettdysplasien benötigen viele Patienten mit syndromalen Erkrankungen spezielle kinderradiologische Diagnostik, die nur in entsprechend qualifizierten Zentren durchgeführt werden kann.
Zu Anlage II – onkologische Zentren § 1 LV, DGK	Die Variante der DGK und LV definiert Zentren über die Zahl der Tumorentitäten mit spezialisiertem Versorgungsangebot bzw. über das Einzugsgebiet. Die Deutsche Röntgengesellschaft spricht sich dafür aus Qualitätsanforderungen an onkologische Zentren wie in der Variante des GKV-SV über die am Zentrum beteiligten Fachabteilungen zu definieren. Dabei sollte neben den Fachabteilungen Onkologie, Chirurgie, Radiologie und Pathologie auch die Radioonkologie berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollen für die Erbringung kinderonkologischer Leistungen Fachärzte / Fachärztinnen für Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügbar sein.	Interdisziplinäre Tumorboards sind eine zentrale Säule der modernen onkologischen Behandlung, garantieren eine hohe Versorgungsqualität und werden daher zu Recht in allen Varianten unter §2 besondere Aufgaben gefordert. Die Verfügbarkeit der wichtigsten Kooperationspartner sollte daher bereits in den Qualitätsanforderungen an onkologische Zentren berücksichtigt werden.
Zu Anlage III – Traumazentren § 1 GKV-SV/KBV/Pat-V, DGK	Bei der Festlegung der Qualitätsanforderungen für Traumazentren beziehen sich alle Varianten auf das Weißbuch Schwerverletzten Versorgung. Bei der Qualifikation der beteiligten Radiologen wird in diesem Dokument zwischen Facharzt für Radiologie bzw. Weiterbildungsassistent (FA-Standard), Facharzt für Radiologie (Oberarzt) und Facharzt für Radiologie (Oberarzt) mit Kenntnissen in interventioneller Radiologie differenziert. Aus Sicht der Deutschen	Die Verfügbarkeit eines fachkundigen Weiterbildungsassistenten im Schockraum ermöglicht es, sofort die rechtfertigende Indikation für die Durchführung von konventionellen Röntgenuntersuchungen und CT Untersuchungen zu stellen. Der Facharzt im erweiterten Schockraumteam stellt die zeitnahe fachärztlich Befundung der Notfalluntersuchungen sicher. Diese Regelung entspricht der klinischen Versorgungsrealität, da selbst in Häusern der Maximalversorgung in der Radiologie kein fachärztlicher Anwesenheitsdienst vorgehalten wird.

Zu den Anlagen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Röntgengesellschaft sind diese Begriffe weder eindeutig, noch stellen sie die erforderlichen Kompetenzen sicher. Die bildgebende Diagnostik bei Schwerverletzten sollte daher in zertifizierten DRG-Zentren für Muskuloskelettale Radiologie erfolgen. Zum Basisteam der Schockraumversorgung sollten dabei fachkundige Weiterbildungsassistenten gefordert werden, zum erweiterten Schockraumteam sollte ein Facharzt für Radiologie gehören. In kindertraumatologischen Zentren sollen Fachärzte / Fachärztinnen für Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügbar sein. Interventionelle Expertise sollte durch das Modul B der Deutschen Gesellschaft für interventionelle Radiologie (DeGIR) nachgewiesen werden.	Die Anerkennung als DRG-Zentrum für Muskuloskelettale Radiologie sichert eine hohe Qualifikation und kontinuierliche Weiterbildung der an der Schwerverletztenversorgung beteiligten Radiologen.
Anlage IV – Rheumatologische Zentren §1, alle Varianten	Bei den Qualitätsanforderungen berücksichtigt keine der Varianten die Radiologie als beteiligte Fachabteilung. Aus Sicht der DRG sollte die bildgebende Diagnostik in Rheumatologischen Zentren durch Radiologen erfolgen, die ihre Qualifikation durch eine Zertifizierung als DRG-Zentren für Muskuloskelettale Radiologie nachgewiesen haben. In Rheumatologischen Zentren für Kinder und Jugendliche sind Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie notwendig.	Die bildgebende Diagnostik in der Rheumatologie erfordert fundierte Kenntnisse in der konventionellen Radiologie, des Ultraschalls, der Computertomographie und der Kernspintomographie, die nur durch Fachärzte für Radiologie sichergestellt werden kann.

Zu den Anlagen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage V – Herzzentren §1, alle Varianten	Bei den Qualitätsanforderungen berücksichtigt keine der Varianten die Radiologie als beteiligte Fachabteilung. Aus Sicht der DRG sollte die bildgebende Diagnostik in Herzzentren durch Radiologen erfolgen, die ihre Qualifikation durch eine Zertifizierung als DRG-Zentren für Kardiovaskuläre Bildgebung nachgewiesen haben.	Die bildgebende Diagnostik von Herz und großen Gefäßen erfordert fundierte Kenntnisse in der konventionellen Radiologie, der Computertomographie und der Kernspintomographie, die nur durch Fachärzte für Radiologie sichergestellt werden kann. Die Radiologie sollte integraler Bestandteil der Herzzentren sein, da an vielen anderen Stellen (Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V oder DGK zertifizierte Chest Pain Units) die Verfügbarkeit radiologischer Leistungen zwingend gefordert wird.
Anlage VII- Lungenzentrum	Bei den Qualitätsanforderungen für ein Lungenzentrum sollte die Verfügbarkeit von Radiologen zwingend enthalten sein. In Lungen-Zentren für Kinder und Jugendliche sind Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie notwendig.	Die bildgebende Diagnostik in der Lungenheilkunde erfordert fundierte Kenntnisse in der konventionellen Radiologie, der Sonographie, der Computertomographie und der Kernspintomographie, die nur durch Fachärzte für Radiologie sichergestellt werden kann. Ein substanzieller Teil der invasiven Diagnostik erfolgt CT-gesteuert durch Fachärzte für Radiologie.



Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Schlaganfallgesellschaft e. V.

11.09.2019

Die Deutsche Schlaganfallgesellschaft hat bereits vor vielen Jahren die Bildung „Neurovaskulärer Netzwerke“ unterstützt und vorangetrieben, Kriterien für die Netzwerke entwickelt und mit einem Zertifizierungsprozess begonnen.

Ziel ist es dabei, die Behandlung sämtlicher neurovaskulärer Erkrankungen zu verbessern und die Kooperation unter den Schlaganfallversorgern zu intensivieren.

Im Mittelpunkt stehen ein oder mehrere Neurovaskuläre Zentren, die die Koordinationsarbeit für das Netzwerk leisten. Sie verfügen über eine überregionale Stroke Unit und über weitere Spezialabteilungen wie Neuroradiologie mit Hirnkatheterlabor, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie. Das Zentrum ist organisatorisch mit Kliniken der Umgebung verbunden, die auf ihren Stroke Units keine Spezialbehandlungen durchführen können. Dies schließt auch sogenannte Tele Stroke Units ein, die mit dem/den Zentren telemedizinisch verbunden sind.

Zu § 1

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§1	Wir sprechen uns entsprechend dem Vorschlag der DKG dafür aus, dass die Ausweisung als Neurovaskuläres Zentrum vor dem 1.1.2021 erfolgt sein muss (und nicht bereits vor dem 1.1.2019).	Die Länder sollen mehr Zeit bekommen, neurovaskuläre Zentren in ihren Krankenhausplänen auszuweisen.
§2.1	Wir sprechen uns dafür aus, wie von UPV/GKV vorgeschlagen, dass die entsprechenden Leistungen auch telemedizinisch erbracht werden können.	Telemedizinische Leistungserbringung spielt in der Schlaganfallmedizin aufgrund der zeitkritischen Erkrankung eine große Rolle.
§2.6 und 2.7	Wir sprechen uns dafür aus, dass die Punkte 7 und 8 wie von der DKG vorgeschlagen in den Katalog aufgenommen werden.	Die Erstellung von Pfaden und SOPs und das Netzwerkmanagement sind wichtige Aufgaben in der Schlaganfallmedizin, die berücksichtigt werden sollten.

(…)

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)		
GfH Deutsche Gesellschaft für Humangenetik		
17.09.2019		
GfH-Stellungnahme zum Beschlussentwurf		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Besondere Aufgaben GKV-SV/KBV/DKG/PatV Seite 4 Absatz (4)	Ursprungstext: <i>„...für außergewöhnlich kostenintensive und komplexe Behandlungsformen.“</i> Änderungsvorschlag: <i>... für außergewöhnliche kostenintensive und komplexe Diagnostik- und Behandlungsformen.</i>	Die Ursachenabklärung seltener Erkrankungen erfordert häufig umfangreiche diagnostische Algorithmen, deren Kosten wesentlich über denen von Routineparametern liegen können.
Zu § 5 Qualitätsanforderungen GKV-SV/PatV KBV Seite 9 Absatz (3) Punkt 2.	Ursprungstext: <i>„Eine Fachabteilung liegt vor, sofern....</i> <i>Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist ~~jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche)~~ innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ ist.</i> Änderungsvorschlag: <i>„Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist bei Notwendigkeit jederzeit“</i>	Die Integration der Fachrichtung medizinischen Genetik, die an allen universitären Einrichtungen eine eigene Fachabteilung darstellt, ist in vielen Zentren unumgänglich, bedarf aber nicht zwingend eines 24h Dienstes am Patienten.
Anlage I – Seltene Erkrankungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Zu § 1 Qualitätsanforderungen GKV-SV/PatV Seite 13 Punkt 2.	Ursprungstext: „Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A Zentrum) übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren), welche die nachfolgenden Mindestanforderungen erfüllen:“ Korrektur: Referenzzentrum Änderungsvorschlag: „...übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren) des Standortes, welche“	Bitte korrigieren Typo in Referenzzentrum Diese Spezifizierung heißt im Umkehrschluss, ein A-Zentrum kann es nur geben, wenn am Standort mindestens 5 B-Zentren integriert sind, korrekt? Es gibt bei dieser Definition eine Unschärfe zu Seite 15, GKV-SV/PatV 3.: „Übernahme ... für mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) anderer Krankenhäuser ...“
DKG Seite 14 Punkt 2.	Ursprungstext: „Die Leiterin oder der Leiter des Fachzentrums ist mindestens 20 Wochenstunden für das Zentrum verfügbar, ~~eine Stellvertreterregelung für Krankheit und Urlaub ist gewährleistet.~~“ Änderungsvorschlag: „Die Leiterin oder der Leiter des Fachzentrums ist mindestens 20 Wochenstunden für das Zentrum verfügbar. Für die Leitung des Fachzentrums ist ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin benannt und eingearbeitet.“	Ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin für den Urlaubs- oder Krankheitsfall ist i.d.R. nicht in Abläufe integriert. Gerade bei Seltenen Erkrankungen fehlt auch die personelle Expertise von Fachärzten. Mit der Benennung eines Stellvertreters/einer Stellvertreterin wird nicht nur die Patientenversorgung gewährleistet und auf eine breitere personelle Basis gestellt, sondern auch eine Ausbildungsfunktion mit gewährleistet.
DKG Seite 15 Punkt 4.	Ursprungstext: „das Zentrum dokumentiert ~~Forschungsdaten~~ für...“ Änderungsvorschlag: „das Zentrum dokumentiert klinisch-diagnostische Daten für am Zentrum....“	Begriff „Forschungsdaten“ ist sehr weit gefasst, das können zellbiologische Daten an Zellkulturen des Patienten sein. Gemeint sind hier doch die klinisch-diagnostischen Daten, die relevant für die Register sind.

GKV-SV/PatV Seite 15 Punkt 2. g.	Ursprungstext: „~~das Zentrum wirkt~~ an klinischen Studien (mit Studienprotokoll) zur entsprechenden Krankheit oder Krankheitsgruppe mit,“ Änderungsvorschlag: Die B-Zentren wirken an klinischen Studien – wenn vorhanden – (mit Studienprotokoll) zur entsprechenden Krankheit oder Krankheitsgruppe mit,“	Bitte klar definieren, ob hier das A-Zentrum oder die B-Zentren gemeint sind. Aufgrund ihrer Seltenheit gibt es derzeit für die Mehrzahl der seltenen Erkrankungen keine klinische Studien.
GKV-SV/PatV Seite 15 Punkt 2.i.	Ursprungstext: „das Fachzentrum ist im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen (www.se-atlas.de/) registriert“ Änderungsvorschlag: „das Fachzentrum ist mit seiner spezifischen Expertise im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen (www.se-atlas.de/) registriert“	Es sollte eindeutig hervorgehen, was im Fachzentrum angeboten wird. Auch in B-Zentren mit gleichen Namen werden oft unterschiedliche Erkrankungsgruppen betreut. Auch sollte hervorgehen, ob das B-Zentrum primär klinische Betreuung anbietet, oder auch die diagnostische Expertise im breiten Rahmen vorhanden ist.
GKV-SV/PatV Seite 15 Punkt 3.	Ursprungstext: „Übernahme der koordinierenden Aufgaben für mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) ~~anderer Krankenhäuser~~, die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert,“ Änderungsvorschlag: Übernahme der koordinierenden Aufgaben für mindestens fünf Fachzentren jeweils einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren), die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert	Klärung welche B-Zentren gemeint sind, ist hier notwendig. Auch klingt es in dieser Formulierung so, dass mindestens 5 andere Krankenhäuser integriert sein müssen. Dies ist nach den NAMSE-Kriterien so nicht vorgesehen.

PatV/KBV Seite 16 Punkt 4./2. c)	Hinweis: Anordnung der Punkte a) bis f) neu sortieren, z. B.: c) hinter a), f) hinter b)... Ursprungstext: c) „SOP für interdisziplinäre Indikationsstellung einer Exomsequenzierung unter Beteiligung eines FA Humangenetik“ Änderungsvorschlag: „Bei Verdacht auf das Vorliegen einer genetischen Ursache einer Seltenen Erkrankung SOP für eine interdisziplinäre Indikationsstellung einer umfassenden genetischen Analyse unter Beteiligung eines FA für Humangenetik“	In wenigen Jahren werden umfassende genetische Analysen über die Exomanalyse hinaus zur Aufklärung der Ursache von genetisch bedingten Seltenen Erkrankungen diagnostisch eingesetzt werden. Deren diagnostische Sensitivität konnte bereits in mehreren Studien gezeigt werden (zB Genomweite Sequenzierung, RNAseq, usw.) Die Technologie bzw. der Umfang der Untersuchung sollte bei der Bestimmung der Qualifikation eines Zentrums zunächst keine Rolle spielen.
GKV-SV/KBV Seite 17 Punkt 4./3.	Ursprungstext: ~~Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik) am Standort des Zentrums,~~ Änderungsvorschlag: Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für Humangenetik oder Klinische Genetik unter klinischer Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Humangenetik am Standort des Zentrums	Die humangenetische Expertise auf Facharzt-Niveau muss in einem Zentrum für Seltene Erkrankungen unmittelbar verfügbar sein, um kurzfristig Konsile und interdisziplinäre Fallkonferenzen durchführen zu können.
PatV Seite 18 Punkt 5.	Ursprungstext: „Das A Zentrum verfügt.....und mindestens einer Medizininformatikerin oder einem Medizininformatiker im Krankenhaus.“ Änderungsvorschlag: „Das A Zentrum verfügt.....und mindestens einer Medizininformatikerin oder einem Medizininformatiker zur standardisierten Datenintegration im Krankenhaus.“	Die Funktion und Aufgaben des Medizininformatikers/der Medizininformatikerin sollte klar definiert werden, da das Spektrum generell auch in der Medizin sehr breit angelegt ist.
GKV-SV/KBV/PatV Seite 21 Punkt (3) Forschungstätigkeit	Punkt 3 hinzufügen: 3. Teilnahme an klinischen Studien	

DKG Seite 21 Punkt 11.	Ursprungstext: „Zugang zu einem Team für humangenetische Expertise mit einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin für Humangenetik entweder am Krankenhaus ~~oder durch vertragliche Kooperation.~~“ Änderungsvorschlag: „Zugang zu einem Team für humangenetische Expertise mit einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin für Humangenetik entweder am Krankenhaus in einem ZSE-integrierten Institut für Humangenetik.“	Die spezifische Einbindung einer Humangenetik aus einem ZSE Zentrum ermöglicht eine klare Integration von Patientenpfaden, Daten und Prozessen in die Klinik. Die humangenetische Expertise auf Facharzt-Niveau muss in einem Onkologischen Zentrum unmittelbar verfügbar sein, um kurzfristig Konsile und interdisziplinäre Fallkonferenzen durchführen zu können, insbesondere bei V.a. auf eine pathogene Keimbahnvariante als Auslöser einer Krebserkrankung und als therapeutische Zielsequenz
PatV Seite 21 Punkt 12.	Ursprungstext: „... Das Zentrum erstellt anschließend jedes Jahr einen Bericht, in der die verschiedenen behandelten Diagnosen sowie die Patientenzahlen dargestellt werden.“ Änderungsvorschlag: „Das Zentrum erstellt anschließend jedes Jahr einen Bericht, in dem die verschiedenen behandelten Diagnosen sowie die Patientenzahlen dargestellt werden. Als ein Beispiel zur Qualitätskontrolle werden auch die Zahlen und Indikationsgruppen von Patienten übermittelt, deren bisher unklare Diagnose gestellt werden konnte.“	Wichtig ist, dass Patienten mit einer bis dahin unklaren Diagnose auch eine klare Diagnose gestellt bekommen (Zeit bis zum Erstellen der Diagnose, gelöste Fälle).
GKV-SV Seite 21 Absatz (4) Mindestfallzahlen Punkt 1.	Ursprungstext: „...mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung ~~stationär~~ behandelt werden...“ Änderungsvorschlag: „...mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung behandelt werden...“	Es wird immer stärker zur ambulanten Behandlung übergegangen. Die Mindestfallzahlen im stationären Bereich sagt nichts über die Qualität der Versorgung aus. Daher sollten stationäre und ambulante Zahlen abgefragt werden.

GKV-SV Seite 21 Absatz (4) Punkt 2.	Ursprungstext: „Durchführung von mindestens 50 interdisziplinären Fallkonferenzen, auch telemedizinisch möglich, für Patientinnen anderer Krankenhäuser“	Dies ist so formuliert, dass allein für die externen Krankenhäuser 50 interdisziplinäre Fallkonferenzen abgehalten werden sollen. Das ist weder organisatorisch noch finanziell durchführbar. Das wäre 1 interdisziplinäre (also mehrere Fachdisziplinen!) Fallkonferenz zusätzlich pro Woche.
Zu § 2 Besondere Aufgaben		
GKV-SV Seite 24 und mehrere folgende Punkt 2.	Ursprungstext: „...Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, ~~nicht fremdfinanziert~~)...“ Änderungsvorschlag: „...Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot)...“	Vorschlag: „nicht fremdfinanziert“ zu streichen, es werden oft externe oder sogar ausländische Redner eingeladen, für die eine Finanzierung notwendig ist. Diese Vergütung ist bei den Zentren nicht vorgesehen und kann schwer kalkuliert werden. Während die Veranstaltungen klar kostenlos sein sollten, um einen einfachen Zugang zu haben, sollte man bei der Finanzierung mehr Spielraum lassen.
GKV-SV Seite 26 Punkt 3.	Ursprungstext: „...Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch...“	Aufforderung: Bitte klarer definieren, was als „andere Leistungserbringer“ gemeint ist, Pflege? Physiotherapie? Oder andere medizinische Fachrichtungen?
GKV-SV/KBV/PatV Seite 26 Punkt 4.	Bitte folgenden Spiegelstrich-Text hinzufügen für den Bericht: – Anzahl der durch humangenetische Analysen klar gelösten Diagnosen	Die Anzahl der gelösten Fälle ist ein Qualitätsmerkmal. Da mehr als 80% aller Seltenen Erkrankungen eine genetische Ursache hat, ist dies ein guter Parameter für interdisziplinäre Falldiskussionen zur Definition der Krankheitsursache.

GKV-SV/KBV Seite 28 Punkt 6./2.	Ursprungstext: „Registererstellung: hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für seltene Erkrankungen“ Hinzufügen: Ziel sollte ein zentrales integriertes Register sein, welches sowohl genomische wie auch klinische und bildgebende Daten beinhaltet.	Kommentar: Ziel sollte ein zentrales Register sein, sonst hat man Hunderte krankheitsspezifische Register mit vielen Überlappungen. Das Register sollte auch ein integriertes Register sein, welches sowohl genomische wie auch klinische und bildgebende beinhaltet. Die Medizininformatik-Initiative integriert quasi fast alle universitären Einrichtungen mit dem Ziel des Aufbaus gemeinsamer Datenbanken.
DKG/PatV Seite 28 Punkt 3.a)	Ursprungstext: „Registererstellung oder..., die den institutsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.“ Änderungsvorschlag: „Registererstellung oder..., die den institutsübergreifenden Datenaustausch unter Berücksichtigung des Datenschutzes sicherstellen. Bei der Etablierung und Einhaltung anerkannter Standards sollen Patientenvertreter aktiv mit einbezogen werden.“	
GKV-SV Seite 29 Punkt 7.	Ursprungstext: „7. Vorhaltung eines Koordinators....zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.“ Änderungsvorschlag: „7. Vorhaltung eines Koordinators....zu spezialisierten Versorgungsangeboten innerhalb des Zentrums und bundesweit übernimmt.“	Anmerkung: Die Spezifizierung der GKV-SV wird hier Vorrang gegeben, da sich in der Routine eines ZSE gezeigt hat, dass es sowohl des administrativen Lotsen, wie auch des ärztlichen Lotsen für unterschiedliche und klar abgegrenzte Aufgaben bedarf.
PatV Seite 31 Punkt 7.	Ergänzung: Die strukturierte Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen erstreckt sich auch auf die Zusammenarbeit bei der Etablierung und Fortführung von Registern	Kommentar: Auf die Arbeit der Selbsthilfegruppen für die Etablierung und Fortführung von Registern sollte auch hier hingewiesen werden.
DKG Seite 32 Punkt 10.	„Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern“	Anmerkung: Unklar, was hier gemeint ist

PatV Seite 33 Punkt 9.	Ursprungstext: <i>„Die Eingabe von Daten...“</i> Ergänzung: <i>Eine standortübergreifende Schulung von Dokumentaren soll hier zur Vereinheitlichung der Dateneingabe verbindlich gemacht werden.“</i>	Anmerkung: Die Arbeit im Netzwerk familiärer Brust- und Eierstockkrebs zeigt klar, dass eine regelmäßige zentrale Schulung von Dokumentaren zu einer deutlich verbesserten Qualität der Enddaten führt.
PatV Seite 35 Punkt 12.	Ursprungstext: <i>„Die Durchführung von interdisziplinären Sprechstunden sowohl zur Diagnosefindung bzw. -bestätigung als auch zur Bestimmung der richtigen Therapie.“</i> Änderungsvorschlag: <i>„Die Durchführung von interdisziplinären Sprechstunden insbesondere mit einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Humangenetik sowohl zur Diagnosefindung bzw. -bestätigung als auch zur Bestimmung der richtigen Therapie.“</i>	Anmerkung: Mehr als 80% der Seltenen Erkrankungen haben eine genetische Ursache. In der Routine in den ZSEs zeigt sich, dass insbesondere Fragen zur Gendiagnostik durch die Patienten bzw. Eltern von Patienten gestellt werden. Die Kombination mit der entsprechenden Fachrichtung und der Humangenetik in interdisziplinären Sprechstunden hat sich daher äußerst bewährt.

Anlage II – Anforderung an Onkologische Zentren		
§ 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV/KBV/PatV Seite 36 Absatz (1) Punkt a)	Ursprungstext: <i>„Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.“</i> Änderungsvorschlag: <i>„Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen, sowie enge Zusammenarbeit mit einer humangenetischen Einrichtung bei genetischen Befunden.“</i>	Fast alle modernen Therapieempfehlungen basieren auf umfassenden genetischen Analysen. „Nebenbefunde“ aus Daten der Keimbahnanalyse werden oftmals erhoben und bedürfen einer Interpretation sowie der Anbindung des Patienten und seiner Familie an ein humangenetisches Zentrum.
GKV-SV/KBV/PatV/LV Seite 37 c)	Ursprungstext: <i>„Sofern....erfüllen.“</i> Ergänzungsvorschlag: <i>„Eine direkte Zusammenarbeit mit einer Fachärztin/eines Facharztes für Humangenetik ist bei genetischen Analysen notwendig, um die Eltern und Kinder über die hohe Anzahl an Keimbahnveränderungen bei kindlichen Tumorerkrankungen aufzuklären.“</i>	Bei ca. 20% aller kindlichen Tumore kann eine kausale Mutation in der Keimbahn nachgewiesen werden. Diese Tumore können vermehrt Zweitumore an anderen Organsystemen verursachen, bedürfen daher eine andere Prophylaxe, und werden oftmals über ein Elternteil vererbt.
GKV-SV (5)/DKG (6) Mindestfallzahlen GKV-SV/KBV/PatV Seite 40	Ursprungstext: <i>„... Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst:“</i> Ergänzungsvorschlag: Diesen Spiegelstrich hinzufügen: - Tumore des Kindesalters,	
§ 2 Besondere Aufgaben		
GKV-SV/PatV/DGK Seite 44 Punkt 2.	Ursprungstext: <i>„(kostenloses Angebot, ~~nicht fremdfinanziert~~)“</i> Änderungsvorschlag: <i>„(kostenloses Angebot) ,“</i>	„Nicht fremdfinanziert“ bitte streichen, wie bei den Zentren für Seltene Erkrankungen ist es oftmals notwendig, auswärtige oder sogar ausländische Redner einzuladen, deren Kosten über andere Einnahmen gesichert werden müssen
GKV-SV/KBV/PatV Seite 45 Punkt 4.	Ursprungstext: <i>„...für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie...“</i> Änderungsvorschlag: Onkologie, Chirurgie, Pathologie, Humangenetik und Radiologie	Die humangenetische Expertise muss für onkologische Patientinnen und Patienten sichtbar sein.

GKV-SV/KBV/PatV Seite 45 Punkt 4.	Ursprungstext: „4. Umsetzung...“ Ergänzungsvorschlag: Diesen Spiegelstrich hinzufügen: - Teilnahme an klinischen Studien“	
GKV-SV/KBV/PatV Seite 46 Punkt 6.	Ursprungstext: „Tumorregistererstellung: hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers, sowie diese Aufgabe über die Aufgaben nach §65c SGB V hinausgeht.“ Änderungsvorschlag: „Tumorregistererstellung: hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung, die Weiterentwicklung zur Integration klinischer und genetischer Daten, wie von therapeutischer Ansprechbarkeit, als auch die Auswertung des Registers, sowie diese Aufgabe über die Aufgaben nach §65c SGB V hinausgeht.“	Die Beschreibung des Inhaltes des Registers sollte ausgeführt werden, da es unterschiedliche Ausrichtungen gibt. Integration unterschiedlicher Daten wird ein wichtiger Punkt für die Nützlichkeit von Registern sein.
DKG Seite 47 Punkt 13.	Ursprungstext: „13. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.“ Änderungsvorschlag: „13. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten einschließlich der hochspezialisierten NGS-Diagnostikexpertise und deren bioinformatischer Auswertung wie genomanalytischer Interpretation insbesondere bei der somatischen Tumordiagnostik in Zusammenarbeit mit Pathologie und Humangenetik.“	Gerade bei der Tumorthherapie ist die gegenwärtige Entwicklung in der personalisierten Therapie basierend auf einer hochspezialisierten molekulargenetischen Diagnostik an den Zentren etabliert. Die Zentren werden hier immer mehr Spezialisierung und externe Zuweisung zur Diagnostik erhalten. Mit den fallenden Sequenzierkosten wird ein starker diesbezüglicher Zuwachs erwartet, dem die Zentren Rechnung tragen müssen.

Anlage IV Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie

§1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV/PatV/KBV Seite 59 Punkt (1a)	Ursprungstext: „(1a) Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie a)....“ Ergänzungsvorschlag: Diesen Punkt hinzufügen: f) enge Zusammenarbeit mit einer humangenetischen Einrichtung.“	Ein grosser Teil der rheumatologischen Erkrankungen hat eine genetische Ursache. Ganz besonders in diesem Themenbereich gibt es unterschiedliche Manifestationsformen sogar bei identischen Mutationen, die es zu interpretieren, und der Familie zu vermitteln gilt. Manche der unterschiedlichen genetischen Ursachen erfordern auch andere Therapien.

§2 Besondere Aufgaben

GKV-SV/PatV Seite 70 Punkt 4.	Ursprungstext: „... – Anzahl der im Zentrum...Neurologie, Orthopädie ~~und~~ Unfallchirurgie (soweit.....“ Änderungsvorschlag: „...Orthopädie, Unfallchirurgie und Humangenetik (soweit.....“	s.o.
GKV-SV/PatV Seite 70/71 Punkt 4.	Ursprungstext: „...- Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für.....“ Änderungsvorschlag: „...- Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten interdisziplinären Fallkonferenzen für.....“	Verstärkt die gemeinsame Betreuung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern

Anlage V Anforderungen an Herzzentren

§2 Besondere Aufgaben

GKV-SV Seite 82	Ergänzungsvorschlag: „8. Darstellung der Zusammenarbeit mit spezialisierten humangenetischen Einrichtungen.“	Eine große Anzahl von angeborenen Herzfehlern, sowie von Kardiomyopathien und Erregungsleitungsstörungen haben eine genetische Ursache. Die Abklärung ist von großer Bedeutung insb. auch für präventive Maßnahmen von noch nicht erkrankten Familienangehörigen. Die Anbindung an Zentren mit interdisziplinärer Betreuung ist

Anlage IV Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie

§1 Qualitätsanforderungen

GKV-SV/PatV/KBV Seite 59 Punkt (1a)	Ursprungstext: „(1a) Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie a)....“ Ergänzungsvorschlag: Diesen Punkt hinzufügen: f) enge Zusammenarbeit mit einer humangenetischen Einrichtung.“	Ein grosser Teil der rheumatologischen Erkrankungen hat eine genetische Ursache. Ganz besonders in diesem Themenbereich gibt es unterschiedliche Manifestationsformen sogar bei identischen Mutationen, die es zu interpretieren, und der Familie zu vermitteln gilt. Manche der unterschiedlichen genetischen Ursachen erfordern auch andere Therapien.

§2 Besondere Aufgaben

		hier eine Grundlage für die Indikationsstellung und das weitere Management.

Anlage X Kinderonkologische Zentren (GKV-SV)

§2 Besondere Aufgaben

GKV-SV Seite 105 Punkt 5.	Neuer Punkt h Ergänzungsvorschlag: „h. Darstellung Diagnostikwege strukturell einschließlich molekulargenetischer Keimbahn- und somatischer Tumordiagnostik, Erarbeitung entsprechender SOPs in enger Abstimmung mit den GPOH-Studienleitungen im Rahmen der Referenzdiagnostik erarbeitet.“	Ca. 20% aller Tumorerkrankungen im Kindesalter haben eine genetische Ursache in der Keimbahn. Die Vorgehensweise bei welchen Tumorarten, welches Gewebe und mit welchen technologischen Parameter (QM), sollte erarbeitet und zwischen den Zentren konzertiert werden.

Anmerkungen zu den Tragenden Gründen		
	Text: Tragende Gründe	GfH: Unsere Anmerkungen
2.7.1.2.5 GKV-SV Nummer 4 KBV Nummer 3:	Seltene Erkrankungen sind oftmals genetisch bedingt. Das Zentrum für seltene Erkrankungen muss daher Zugang zu Hochdurchsatzverfahren haben. Die Verfahren der genetischen Diagnostik müssen nicht unmittelbar am Standort des Zentrums durchgeführt werden. Es muss jedoch ein Team mit einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin für Humangenetik am Standort des Zentrums geben, welches die qualifizierte Interpretation der genetischen Analysen sowie eine Aufklärung der Patienten/innen sicherstellt.	Seltene Erkrankungen sind oftmals genetisch bedingt. Das Zentrum für seltene Erkrankungen muss daher Zugang zu Hochdurchsatzverfahren haben. Die Verfahren der genetischen Diagnostik müssen nicht unmittelbar am Standort des Zentrums durchgeführt werden. Es muss jedoch ein Institut für Humangenetik oder Klinische Genetik am Standort des Zentrums geben, welches unter Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Humangenetik die qualifizierte Interpretation der genetischen Analysen sowie eine genetische Beratung/ Aufklärung der Patienten/innen sicherstellt.
2.7.1.3.3 Nummer 11:	„...Zentren für seltene Erkrankungen sollten Zugang zu einem Institut für Humangenetik bzw. einem Team für humangenetische Expertise haben, welches diese Voraussetzungen erfüllt....“ ~~„Eine entsprechend gestaltete vertragliche Kooperation mit einem geeigneten Institut für Human-genetik bzw. einem Team für humangenetische Expertise erfüllt diese Anforderung.“~~	Zentren für seltene Erkrankungen sollten Zugang zu einem Institut für Humangenetik oder Klinische Genetik mit einem Facharztes oder einer Fachärztin für Humangenetik am Standort des Zentrums haben, welches diese Voraussetzungen erfüllt.
2.8.2.1 Nummer 1:	Voraussetzung für ein funktionsfähiges Tumorboard ist die Teilnahme erfahrener Ärzte aus den sogenannten Kernfächern (z.B. Strahlentherapie, Radiologie, Chirurgie, Hämatonkologie, Nuklearmedizin, Pathologie), wobei die Zusammensetzung je nach Erkrankung und Thema variiert.	Voraussetzung für ein funktionsfähiges Tumorboard ist die Teilnahme erfahrener Ärzte aus den sogenannten Kernfächern (z.B. Strahlentherapie, Radiologie, Chirurgie, Hämatonkologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Humangenetik), wobei die Zusammensetzung je nach Erkrankung und Thema variiert.



GESELLSCHAFT FÜR KINDER – UND JUGENDRHEUMATOLOGIE

GKJR - Geschäftsstelle- c/o DRFZ, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung u. veranlasste
Leistungen
Herrn Prof. Josef Hecken
Herrn Dirk Hollstein

Vorsitzender:

Prof. Dr. med Johannes-Peter Haas
Gehfeldstr. 24
82467 Garmisch-Partenkirchen

Stellvertreter:

Prof. Dr. med Klaus Tenbrock, Aachen
PD Dr. med Mag. Dipl.oec.Jürgen Brunner, A-
Innsbruck

Schatzmeisterin:

Dr. med Kirsten Mönkemöller, Köln

Schriftführerin:

Dr. med Sonja Mrusek, Baden-Baden

Per Mail an: AufgabenZS@g-ba.de

25.09.2019

Entscheidung des G-BA zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des KHEntgG

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit seitens der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) zu den Entwürfen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten Stellung nehmen zu dürfen. Die Definition von Zentren der Spitzenmedizin halten wir für eine sinnvolle Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Daher begrüßen wir es ausdrücklich, dass im vorliegenden Entwurf zu den rheumatologischen Zentren die besonderen Erfordernisse und Bedingungen der Kinderrheumatologie Eingang gefunden haben.

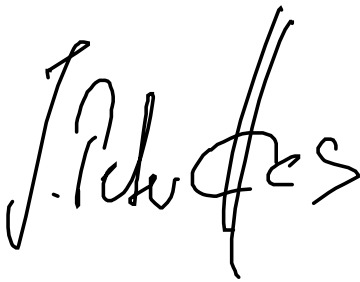
Wir sehen diese Entwicklung beispielgebend für die Definition auch anderer fachspezifischer, vor allem aber kinder- und jugendmedizinischer Zentren. „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“ – deshalb sollten die besonderen Voraussetzungen der Pädiatrie und ihrer Spezialfächer in den Prozess zur Definition von Zentren Eingang finden. Wir möchten in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh) und weiteren Fachgesellschaften aus dem Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ sowie der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) hinweisen. Die GKJR bekennt sich ausdrücklich zu den Überlegungen der DGKJ und ihrer Konventgesellschaften und hat dementsprechend an den Vorschlägen mitgewirkt, die dem GBA vorgelegt werden.

Die Definition von Zentren für die Kinder- und Jugendmedizin bzw. organspezifische Zentren muss den Qualitätsanforderungen und strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen. Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, wie z.B. Herzzentren, Transplantationszentren, Rheumakliniken o.a., dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist. Die Definition von Fachabteilungen bedarf daher einer kritischen Überarbeitung.

Ein weiterer beachtenswerter Punkt ist die Beschränkung der von Zentren erbrachten Leistungen rein auf den stationären Bereich. Dies bildet die Entwicklung einer zunehmenden Verlagerung von stationären Leistung in den ambulanten Bereich, wie sie in den letzten 15 Jahren in der Kinderrheumatologie stattfand nur unzureichend ab. erfahren. Aus Sicht der GKJR sollte daher die Verzahnung stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungen in der Zentrendefinition Kinderrheumatologie berücksichtigt und abgebildet werden. Die Teilhabe der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen kann durch eine Koordination stationärer und ambulanter Behandlungsschritte deutlich verbessert und die Belastung der Familien deutlich verringert werden.

Gerne stehen wir als Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung. Ihre Einladung zur Anhörung am 25.10.2019 nehmen wir als GKJR dankend an.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Peter Haas', with a stylized, cursive script.

Prof. Dr. med. Johannes-Peter Haas
Vorstandsvorsitzender

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

19.9.2019

Zu § 1

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage IV, Punkt 1a, Version PatV (Seite 59) analog Anlage IV, Punkt 4a, Version DKG und Punkt 5a, Version GKV-SV	Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie: a) Fachdisziplin innerhalb einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, oder Fachabteilung unter Pädiatrischer Leitung innerhalb eines Zentrums für Rheumatologie	1. Dankenswerter Weise erfolgt die Nennung eines notwendigen multiprofessionellen Teams (mit Psychosozialen Dienst, Kinder-Physiotherapie). 2. Vorrangig ist vor allem eine interdisziplinäre, kindgerechte und fachärztliche Versorgung der Kinder auf hohem Niveau sicher zu stellen. Die Krankheiten in der Kinderrheumatologie sind häufig entzündliche Systemerkrankungen. Ebenso wie in den Definitionen für Erwachsenen-Rheumatologie ist daher die Versorgung durch Kinderärzte mit Expertise in verschiedenen Spezialgebieten (z.B. Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderpneumologie, Kindergastroenterologie, Kinderneurologie, Kinderradiologie, Intensivmedizin) von großer Bedeutung. Diese Versorgung sollte im Zentrum möglich sein, was bei Kinder- und Jugendkliniken in aller Regel auch gegeben ist. Bei Fachabteilungen innerhalb anderer Einrichtungen sollte die Zusammenarbeit mit entsprechenden Pädiatrischen Spezialisten schriftlich geregelt sein. Ebenso sollte die nötigenfalls mögliche Notfallversorgung (24/7) sicher gestellt werden. 3. Die Kinderrheumatologie ist an wenigen Standorten innerhalb einer Klinik als eine eigenständige Fachabteilung, dann sollte eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum vorhanden sein. Diese pädiatrischen Fachabteilungen müssen so ausgestattet

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.
Anlage IV, Punkt 1a, Version PatV (Seite 59)	b) Mindestens zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Rheumatologie am Standort	Ein kinderrheumatologisches Zentrum mit nur einem zertifizierten Kinderrheumatologen kann den Qualitätsansprüchen nicht genügen. Es muss auch im Krankheits-/Urlaubs-/Vertretungsfall jeweils mindestens ein qualifizierter Kinderrheumatologe im Haus sein.
Anlage IV, Punkt 4a/b, Version DKG analog Anlage IV, Punkt 5, Version GKV-SV und Punkt 4a, Version PatV (alle ab Seite 64)	Mindestfallzahlen Kinderrheumatologie: Versorgung von mind. 200 Patienten, davon wenigstens 50 in stationärer Betreuung jährlich mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren. Bei stationären Behandlungen als Folge einer rheumatologischen Erkrankung kann diese auch Nebendiagnose sein.	Die Kinderrheumatologie hat in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der kranken Kinder in ihr soziales Umfeld von entscheidender Bedeutung. Daher ist die Beschränkung der Behandlung rheumakrankter Kinder und Jugendliche auf das stationäre Umfeld undenkbar. Die in §2 genannten besonderen Aufgaben werden überwiegend für die (Weiter-)Betreuung ambulanter Patienten erfüllt. Dieser Situation sollte bei Festlegungen von Mindestfallzahlen Rechnung getragen werden. Die Diagnosenlisten sind nicht deckungsgleich. Bezogen auf die ICD-10 Diagnosenliste der PatV sind zu ergänzen: A69.2 Lyme Krankheit D76.1 Hämphagozytäre Lymphohistiozytose F45. Chronische Schmerzstörung H20.0 akute Iridozyklitis H20.1 chronische Iridozyklitis I37.1 Pericarditis I73.0 Raynaud Syndrom K50. Crohn Krankheit K51. Colitis ulcerosa L40.5 Psoriasis arthropathie L93.0 discoider Lupus erythematodes L94.1 Lineare Sklerodermie

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		L95.6 Cutane Vaskulitis M00.90 Septische Arthritis M79. Panniculitis R05.9 Fieber A69.0 Familiäres Mittelmeerfieber / Fiebersyndrome neue ICD)
Zu § 2 Besondere Aufgaben:		
Punkt 1, Version GKV-SV analog Punkt 1, Version DKG und Version KBV/PatV (alle S. 68)	Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. „Kinderreuma-Boards“) mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als konsiliarische Dienstleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Die ambulanten Patienten sollen unbedingt in die besonderen Aufgaben mit aufgenommen werden. Denn hier werden ja in den interdisziplinären Besprechungen gerade auch Patienten besprochen, die entweder noch nicht stationär waren (zur Planung) oder anschließend ambulant weiter betreut werden. Es handelt sich um chronische Erkrankungen, bei denen die Weiterbehandlung im ambulanten Setting mindestens so wichtig ist wie die (Akut-)Behandlung im stationären Bereich. Gerade dafür sind die interdisziplinären Konferenzen unabdingbare Steuerungsinstrumente.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.
23.09.2019

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Unsere Stellungnahme bezieht sich auf beide Varianten und enthält vor allem allgemeine Aspekte	Sehr geehrte Damen und Herren, wir als die Neurologen für Kinder und Jugendliche unterstützen das Anliegen einer Zentrumsdefinition, die die besonderen überörtlichen Aufgaben, spezielle Ausstattung, Vorhaltekosten und fachliche Voraussetzungen berücksichtigt, sehr. Leider ist bei dem vorliegenden Entwurf das „Neuropädiatrische Zentrum“ nicht berücksichtigt worden, und dass, obwohl dem Schwerpunkt Neuropädiatrie durch Größe (das größte Schwerpunktfach) und Differenzierung (z.B.: > 80% sogenannter „seltenen Erkrankungen“ werden in der Neuropädiatrie diagnostiziert und therapiert) eine herausragende und zunehmende Bedeutung zukommt. Die Gesellschaft für Neuropädiatrie hat bereits 2014 in Anlehnung an Europäische Standards einen Syllabus entworfen, in dem das Fach Neuropädiatrie beschrieben, das neuropädiatrische Versorgungsmodell dargestellt und	Neuropädiatrische Zentren zeichnen sich durch besondere überörtliche Aufgaben, sehr spezielle Ausstattung, hohe Vorhaltekosten und extreme fachliche Voraussetzungen aus. Sie entsprechen sowohl der von den KV und der KHG vorgelegten Zentrumsdefinition und müssen entsprechend ergänzt werden.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Zentren verschiedener Versorgungsstufen definiert wurden (Neuropediatrics 2014, siehe Anlagen anbei). Dem von Ihnen vorgestellten Zentren-Definitionsentwurf entsprechen in o.g. Syllabus die „Zentren der neuropädiatrischen Komplettversorgung“ sowie die „Besonders spezialisierten Einrichtungen“ (z.B. Epilepsiezentren, Neuromuskuläre Zentren), die auf Grund ihrer besonderen überörtlichen Aufgaben, speziellen Ausstattung, hohen Vorhaltekosten und hohen fachlichen Voraussetzungen unbedingt in die vorgelegte Zentrumsdefinition aufgenommen werden müssen. Des Weiteren unterstützen wir als Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) die separate Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) unter der Voraussetzung, dass das „Neuropädiatrische Zentrum“ explizit aufgeführt wird. Mit freundlichen Grüßen Prof. Dr. Matthias Kieslich Vizepräsident der Gesellschaft für Neuropädiatrie Universitätsklinikum Frankfurt Klinik für Kinder und Jugendmedizin SP Neurologie, Neurometabolik und Prävention Theodor Stern Kai 7 60590 Frankfurt am Main 069-6301-5560 (Tel.) 069-6301-5765 (Fax) matthias.kieslich@kgu.de	

Syllabus Neuropädiatrie Strukturen, Qualität und Perspektiven der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung—Version 2.0 (Teil 1)

Andreas Sprinz¹ Martina Baethmann² Florian Heinen³ Martin Staudt⁴ Matthias Kieslich⁵

¹ Ganglabor, Motionanalytics and -therapy, Havixbeck, Germany

² Children's Hospital Dritter Orden, Munich, Germany

³ Department of Pediatric Neurology and Developmental Medicine, University of Munich, Munich, Germany

⁴ Centre of Rehabilitation, Department of Neuropediatrics, Vogtareuth, Germany

⁵ Department of Neuropediatrics, Goethe University, Frankfurt, Germany

Address for correspondence Andreas Sprinz, MD, Ganglabor, Vorstandsmitglied, Sprecher Kommission Versorgungsstrukturen GNP, Am Schlaubach 145, D - 48329 Havixbeck, Germany (e-mail: a.sprinz@ganglabor.de).

Neuropediatrics 2014;45:133–136.

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) hat durch ihre ordentliche Mitgliederversammlung am 24. April 2009 eine Strukturkommission berufen, die die neuropädiatrische Versorgungssituation in Deutschland und ihre zukünftige Perspektiven darstellen soll. Mitglieder der Kommission sind Martina Baethmann (München), Florian Heinen, (München), Matthias Kieslich (Frankfurt am Main), Martin Staudt (Vogtareuth) und als Sprecher Andreas Sprinz (Havixbeck).

Aufgaben der Kommission

- Unterstützung des Vorstandes der GNP
- Analyse der aktuellen ambulanten, stationären, rehabilitativen und speziellen Versorgungsstrukturen für die Neurologie des Kindes- und Jugendalters in Deutschland
- Definition der neuropädiatrischen Struktur- und Versorgungsqualität
- Erarbeitung von Grundlagen für eine zukünftige Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung und ihrer angemessenen Vergütung

Ziele

- Syllabus Neuropädiatrie: Strukturpapier als Arbeitsgrundlage, mit regelmäßigen Revisionszyklen
- Empfehlungsgrundlage für den Vorstand
- Gesprächsgrundlage für die Diskussion mit Politik und Kostenträgern

Inhalt des Syllabus

- Ist-Strukturanalyse
- qualitätsorientierte Definition zukünftiger Strukturen
- Aufgaben- und Leistungsdefinitionen
- Berücksichtigung der Weiterbildungstätigkeit in einer Einrichtung in quantitativen und qualitativen Dimensionen

- Bedarfsplanungsgrundlagen
- Vergütungsgrundlagen
- Vereinheitlichung und Europäisierung

Die Mitgliederversammlung der Gesellschaft für Neuropädiatrie hat im April 2013 in Innsbruck den Syllabus Neuropädiatrie in der Version 2.0 verabschiedet. Der Vorstand wird dieses wichtige Strukturpapier im Mitteilungsteil von Neuropediatrics in mehreren Teilen veröffentlichen. In der ersten Folge werden die Präambel und die Fachdefinition einschließlich der Schnittstellen zu angrenzenden Gebieten publiziert. In Teil 2 (Neuropediatrics 45, (3) Juni 2014) werden die notwendigen Qualitätsmerkmale neuropädiatrischer Versorgung dargestellt, im dritten Teil der Entwurf eines neuropädiatrischen Versorgungsmodells für Deutschland mit dem Sektoren-Netz-Modell. Schließlich folgen noch Beiträge zur Bedarfsplanung und Finanzierung.

Der Syllabus 2.0 ist als Volltextversion online auf der Seite der Gesellschaft für Neuropädiatrie verfügbar: http://www.neuropaediatry.com/ueber_uns/syllabus.html.

I. Präambel

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für die Neurologie des gesamten Kindes- und Jugendalters (Synonyma: Neuropädiatrie, Pädiatrische Neurologie, Kinderneurologie, Kinder- und Jugendneurologie, Neuromedizin des Kindes- und Jugendalters u.a.). Sie vertritt Deutschland, Österreich und die deutschsprachige Schweiz, mit europäischem Selbstverständnis (Syllabus der European Pediatric Neurology Society EPNS, bestätigt durch das Committee of National Advisers, CNA).¹

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie stellt sich mit ihrem Syllabus der neuropädiatrischen Versorgungsstrukturen der aktuellen Strukturdiskussion in Deutschland, im Spannungsfeld der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. In der hier vorgelegten Version 2.0 stellt die GNP Merkmale der Struktur und Qualität der Versorgung zusammen, definiert erstmals die verschiedenen Versorgungsebenen ambulanter und stationärer Versorgung. In weiteren, zukünftigen Versionen wird die weitere Detaillierung erfolgen.

Gesundheitspolitischer Auftrag

Die Kinder- & Jugendneurologie ist im Bereich Wissenschaft und Forschung, Patientenversorgung und Aus- und Weiterbildung folgenden Grundsätzen und politischen Zielen verpflichtet:

1. Wissenschaft und Forschung:
 - der wissenschaftlichen Arbeit einschließlich Grundlagenforschung, klinischer Forschung und Versorgungsforschung;
 - der wissenschaftlichen Ausbildung;
 - der Kommunikation wissenschaftlicher Erkenntnisse.
2. Patientenversorgung:
 - der Betrachtung des Patienten in einem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit, Entwicklung, Erkrankung, Behinderung, Partizipation, Palliation (ICF-bzw. ICF-CY-Modell der WHO)²;
 - der Gesamt-Versorgung (comprehensive care) von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen des gesamten Nervensystems, dies umfasst:
 - akute Neuropädiatrie
 - chronische Neuropädiatrie
 - Entwicklungsneurologie
 - neonatale Neurologie
 - (re-) rehabilitative Neuropädiatrie
 - Palliative Neuropädiatrie
 - der Schaffung und Sicherung effizienter Ressourcen und Versorgungsstrukturen mit einer pyramidal konzipierten Struktur aus Primär-, Sekundär- und Tertiärzentren und der Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle;
 - der Einbindung medizinischer und nicht-medizinischer Nachbardisziplinen und ihrer jeweiligen Fachgesellschaften (Querschnittskompetenz für die Versorgung);
 - der Transition in den Verantwortungsbereich der Erwachsenenmedizin (Längsschnittkompetenz für die Versorgung);
 - der Entwicklung und dem Erhalt qualifizierter, flächendeckender Patientenversorgung (Gesamtversorgungsauftrag);
 - der engen Kooperation zu Elterngruppen, Selbsthilfegruppen und Organisationen, die spezifisch die Belange der betroffenen Patienten und ihrer Familien unterstützen.
3. Aus- und Weiterbildung:
 - der qualifizierten und flächendeckenden Fort- und Weiterbildung mit curricularen Ausbildungssystemen (Ausbildungs- und Weiterbildungsauftrag).

- der kontinuierlichen Initiierung, Entwicklung und Aktualisierung diagnostischer und therapeutischer Standards (Lehrbücher, Lehrmodule, Akademien, Leitlinien-Verantwortung, Evidence basierte Medizin, moderne Medien).
- der Etablierung neuropädiatrischer Fachkompetenz in jeder Kinderabteilung bzw. Kinderklinik.

Dies sind die Grundlagen des von uns verstandenen gesundheitspolitischen Auftrages der Gesellschaft für Neuropädiatrie.

Diese sind nur denkbar auf der Basis einer modernen medizinischen Wissenschaft und der bedarfsgerechten Aus- und Weiterbildung. Sowie einer Pädiatrischen Neuromedizin, bei der neuropädiatrische Krankheitsbilder mit der Kompetenz und der Qualität des Schwerpunktes Neuropädiatrie zu behandeln sind, einer Pädiatrischen Neuromedizin, bei der Praxen, Ambulanzen, Institutionen und (Kinder-) Kliniken die Versorgungsstruktur, die Qualität und die Methodenkompetenz des Schwerpunktes Neuropädiatrie vorhalten, und einer Pädiatrischen Neuromedizin, die der zunehmenden Bedeutung neuropädiatrischer Fragestellungen für die pädiatrische ambulante und stationäre Versorgung Rechnung trägt.

Gesellschaftspolitischer Auftrag

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie versteht die Verwirklichung von Chancengleichheit von Frauen und Männern als gesellschaftspolitischen Auftrag und damit als Qualitätsmerkmal und wichtiges Kriterium in Aus- und Weiterbildung, Patientenversorgung sowie Wissenschaft und Forschung.

Dies ist deshalb als zentrales Ziel für alle im vorliegenden Syllabus benannten Einrichtungen und Institutionen zu definieren. Im Anliegen von Gleichstellung und Frauenförderung sind die Instrumente der Entwicklung und Steuerung der in diesem Papier genannten Institutionen integriert. Entscheidungsprozesse und Maßnahmen sollen hinsichtlich ihres Beitrages zur Durchsetzung der Chancengleichheit von Frauen und Männern berücksichtigt werden.

Konkrete Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen, sind:

- die Erhöhung des Anteils von Frauen in Bereichen, in denen sie unterrepräsentiert sind
- die Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses
- die Fortentwicklung in Forschung, Wissenschaft und Lehre unter geschlechterkategorialen Gesichtspunkten
- die Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie, persönlicher Lebenssituation und Beruf

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie unterstützt als Fachgesellschaft die oben genannten Punkte und Maßnahmen, um die Bedingungen für eine erfolgreiche berufliche und wissenschaftliche Laufbahn für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit familiären Verpflichtungen zu verbessern. Wichtige Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind zum Beispiel:

- Sinnvolle Kinderbetreuungsmaßnahmen
- Zielgruppenspezifische Mentoring-Programme
- transparente Handhabung von Mutterschutzfristen und Elternzeit
- Dual-Career-Programme

Als Gesellschaft für Neuropädiatrie ist es unser Ziel, in Erfüllung des gesundheitspolitischen Anspruchs zum einen die Strukturen der Versorgung in Deutschland zu optimieren, zum anderen aber auch inhaltlich bestmögliche Voraussetzungen zu bieten, um die Aus- und Weiterbildung, die Patientenversorgung und auch Wissenschaft und Forschung zu ermöglichen. Nur dies wird zu einer hinreichenden Versorgung der Kinder mit kinderneurologischen Krankheitsbildern führen. Letztlich ist dies nur zu erreichen, wenn auch der gesellschaftspolitische Auftrag erfüllt wird und die einer Chancengleichheit von Frauen und Männern entgegenstehenden gesellschaftlichen Hemmnisse abgebaut werden, um allen neuropädiatrischen Fachkräften ungeachtet ihrer Geschlechterzugehörigkeit eine optimale Wirksamkeit in

ihrem beruflichen Umfeld zu ermöglichen. Insofern versteht die Gesellschaft für Neuropädiatrie ihren gesundheits- und ihren gesellschaftspolitischen Auftrag als nicht voneinander trennbare Einheit.

II. Definition

Die Neurologie des Kindes- und Jugendalters ist ein Teilgebiet (anderer Terminus: Schwerpunktfach, Subdisziplin) der Kinder- und Jugendmedizin.

In Deutschland wird sie durch die Muster-Weiterbildungsordnung (M-WO) von 2003 bundeseinheitlich als Schwerpunkt Neuropädiatrie³ bezeichnet. Formale Voraussetzungen zur Erlangung der Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie sind die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- & Jugendmedizin und eine zusätzliche dreijährige Weiterbildung mit anschließender Prüfung. Dabei kann bei entsprechenden Weiterbildungsberechtigungen ein Jahr der Weiterbildung im Fachgebiet auf die neuropädiatrische Weiterbildungszeit angerechnet werden. Aufgrund der Bildungshoheit der Länder ist die M-WO durch die 17 Länder-Ärztekammern im Schwerpunkt Neuropädiatrie unterschiedlich gestaltet.

Übersicht 1 Teilgebiete der Neuropädiatrie, in alphabetischer Reihenfolge

Teilgebiet	Bemerkungen
Epileptologie	
Kinderschutzmedizin	
Neonatale Neurologie	
Neurobiologie	
Neurogenetik	inkl. Fehlbildungen des zentralen Nervensystems
Neuroimmunologie	inkl. entzündliche Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und neurovaskulärer Erkrankungen, autoimmunentzündlich oder infektiös
Neurologische Labormedizin	inkl. Liquordiagnostik
Neurometabolik	inkl. neurodegenerative Erkrankungen
Neuromotorik	inkl. paroxysmale oder nichtparoxysmale Bewegungsstörungen und Cerebralparesen
Neuromyologie	inkl. Erkrankungen des peripheren Nervensystems
Neurophysiologie	
Neuropsychologie	inkl. somatoforme Störungsbilder
Neuroonkologie	
Neurorehabilitation	
Neurosonografie	
Neurotraumatologie	
Neurointensivmedizin	inkl. Hirntoddiagnostik
Palliativmedizin	
Schlafmedizin	
Schmerzmedizin	
Sozialmedizin	
Spezielle Entwicklungsneurologie	inkl. Entwicklungsstörungen kognitiver, motorischer, feinmotorischer, kommunikativer, sozialer, psychischer Funktionen, Verhaltensstörungen von Säuglingen und Kleinkindern sowie funktioneller Formenkreis

Übersicht 2 angrenzende Fach- und Teilgebiete mit Schnittstellen zur Neuropädiatrie. Bezeichnungen nach M-WO²

1. Klinische Fächer
• Gebiet Kinder- und Jugendmedizin
◦ Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie
◦ Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
◦ Schwerpunkt Neonatologie
◦ Zusatzweiterbildung Pädiatrische Intensivmedizin
◦ Zusatzweiterbildung Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
◦ Zusatzweiterbildung Pädiatrische Rheumatologie
◦ Zusatzweiterbildung Pädiatrische Gastroenterologie
◦ Zusatzweiterbildung Pädiatrische Pneumologie
• Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
• Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
• Gebiet Neurologie (des Erwachsenenalters)
• Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
◦ Zusatzweiterbildung Kinderorthopädie
• Gebiet Neurochirurgie
• Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
• Facharzt für Kinderchirurgie
• Gebiet Chirurgie
• Gebiet Gynäkologie und Perinatalmedizin
• Facharzt für Sprach-, Stimm und kindliche Hörstörungen
• Gebiet Dermatologie
• Gebiet Ophthalmologie
• Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin
2. Diagnostische Fächer
• Gebiet Radiologie
◦ Schwerpunkt Kinderradiologie
◦ Schwerpunkt Neuroradiologie
• Facharzt für Neuropathologie
• Gebiet Humangenetik
• Gebiet Rechtsmedizin
3. Fachübergreifende Zusatzweiterbildungen
• Palliativmedizin
• Spezielle Schmerztherapie
• Schlafmedizin
• Rehabilitationswesen

Ergänzende fakultative Qualifikationen sind für das Erbringen bestimmter Leistungen notwendig. Diese sind Bestandteil der personellen und fachlichen Qualitätskriterien der Versorgungsstrukturen und werden in Teil 2 dieser Serie (*Neuropediatrics* 45, (3) Juni 2014) dargestellt.

Inhaltlich befasst sich die Neuropädiatrie mit der normalen Entwicklung des zentralen und peripheren Nervensystems von der Fetalzeit bis zur Adoleszenz sowie ihren Abweichungen (Entwicklungsstörungen), Funktionsstörungen und definierten Erkrankungen. Die Neuropädiatrie beinhaltet Diagnostik, Behandlung, Erforschung und Lehre der betreffenden Erkrankungen und Funktionsstörungen sowie die qualitätsgesicherte Versorgung und Betreuung von Patienten im Hinblick auf die resultierenden Störungen und Behinderungen. Die Gesellschaft für Neuropädiatrie bezieht sich in ihrer Definition auf einen europäischen Konsensus.¹

Die Neuropädiatrie umfasst ihrerseits zahlreiche, nicht-unabhängige Teilgebiete, siehe **Übersicht 1**. Diese sind als Produkt der zunehmend differenzierteren Medizin zu verstehen und unterliegen den Veränderungen der modernen medizinischen Wissenschaft. Entsprechend ist die hier vorgelegte Aufzählung auch nicht abschließend. Als Teilgebiet der Kinder- und Jugendmedizin besitzt die Neuropädiatrie zahlreiche Schnittstellen zu benachbarten Disziplinen (**Übersicht 2**), sowohl zum Gebiet als auch zu anderen Teilgebieten der Kinder- und Jugendmedizin, außerdem zu anderen klinischen Fächern und Teilgebieten. Diese medizinischen Schnittstellen bestimmen als organisatorische (Kommunikations-) Aufgaben den Versorgungsalltag gegenüber den Patienten ebenso wie die Beherrschung der neuropädiatrischen Teilgebiete.

Im nächsten Heft (*Neuropediatrics* 45, (3) Juni 2014): Syllabus Neuropädiatrie – Teil 2 (Qualitätsmerkmale der neuropädiatrischen Versorgung)

Literatur

- 1 European Paediatric Neurology Training Programme, Approved by Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP) of UEMS in December 2002 and the Neurology Section of UEMS/ Board of Neurology in March 2003, 1. Revision vom 05.01.2009, siehe http://www.epns.info/documents/Syllabus_1st_2009.pdf
- 2 World Health Organisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), verabschiedet auf der 54. World Health Assembly, 22. Mai 2001 (Resolution WHA 54.21), Quelle: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Online-version/ICF-CY>. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>; siehe auch: <http://www.bio-psycho-soziales-modell.de/>
- 3 Bundes-Ärzte-Kammer (BÄK). Muster-Weiterbildungsordnung (M-WO) vom Mai 2003 in der Fassung vom 28.03.2008, siehe: www.baek.de/page.asp?his=1.128.129&all=true

Syllabus Neuropädiatrie 2.0 – Strukturen, Qualität und Perspektiven der Ambulanten, Stationären und Rehabilitativen Versorgung – Teil 2

Andreas Sprinz¹ Martina Baethmann² Florian Heinen³ Martin Staudt⁴ Matthias Kieslich⁵

¹ Ganglabor, Motionanalytics and Therapy, Havixbeck, Germany

² Children's Hospital Dritter Orden, Munich, Germany

³ Department of Pediatric Neurology and Developmental Medicine, University of Munich, Munich, Germany

⁴ Clinic for Neuropediatrics and Neurorehabilitation, Epilepsy Center for Children and Adolescents, Vogtareuth, Germany

⁵ Department of Neuropediatrics, Goethe University, Frankfurt, Germany

Address for correspondence Dr. Andreas Sprinz, MD, Ganglabor, Vorstandsmitglied, Sprecher Kommission Versorgungsstrukturen GNP, Am Schlautbach 145, D - 48329 Havixbeck, Germany (e-mail: a.sprinz@ganglabor.de).

Neuropediatrics 2014;45:201–204.

Nach dem ersten Teil des Syllabus Neuropädiatrie 2.0 (Präambel und Definition des Fachgebietes Neuropädiatrie) in Neuropediatrics 45 (2): 133–136 setzt die Kommission Versorgungsstrukturen im Namen des Vorstandes der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) die Veröffentlichung mit dieser Ausgabe fort.

Die Mitgliederversammlung der GNP hat im April 2013 mit dem Syllabus Neuropädiatrie 2.0 u.a. umfassende Qualitätsanforderungen an die neuropädiatrische Versorgung beschlossen und mit dem ergänzten Sektoren-Netz-Modell ein gegliedertes neuropädiatrisches Versorgungsmodell für Deutschland auf der Basis einer pädiatrischen Basisversorgung zur Grundlage ihrer weiteren Versorgungsplanungen gemacht. Diese beiden Kapitel des Syllabus werden in dieser Ausgabe von Neuropediatrics publiziert.

In einem dritten Teil der Veröffentlichung in Neuropediatrics 45 (4), August 2014, werden die einzelnen Teile und Ebenen im erweiterten Sektoren-Netz-Modell detailliert beschrieben, in den weiteren Ausgaben folgen die Beiträge zur Bedarfsplanung und Finanzierung.

Der Syllabus 2.0 ist als PDF-Volltextversion auch online auf der Seite der Gesellschaft für Neuropädiatrie verfügbar: http://www.neuropaediatrie.com/ueber_uns/syllabus.html

III. Qualitätsmerkmale

Für eine neuropädiatrische Versorgungstätigkeit sind die fachlichen Qualitätsmerkmale entscheidend. Diese Merkmale gelten grundsätzlich für alle Versorgungsbereiche und alle Versorgungsebenen, erfahren aber ihre jeweilige Profilierung durch die Inanspruchnahmepopulation (siehe Kap. IV).

III.1. Personelle und fachliche Anforderungen bzw. Qualifikationen

Für die ärztliche neuropädiatrische Versorgung sind obligate und fakultative Qualifikationsmerkmale definiert.

Der Schwerpunkt Neuropädiatrie nach der gültigen Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (M-WO)¹ bzw. den jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Länderärztekammern in Deutschland ist der obligate Aus- und Weiterbildungsnachweis über den Erwerb der fachlichen Voraussetzungen. Analoge Weiterbildungen aus Österreich und der Schweiz sowie aus anderen Staaten sind nach Anerkennung durch die Ärztekammer gleichwertig.

Fakultativ sollte ein Neuropädiater^a zusätzliche zertifizierte Aus- und Weiterbildungen absolvieren. Vorrangig sind dies derzeit:

- EEG-Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN)^{2–4}
- EMG-Zertifikat der DGKN^{5,6}
- EP-Zertifikat der DGKN^{7–9}
- Qualifikationsnachweis "Somnologie" der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)^{10,11}
- Zertifikat Epileptologie der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (Dgfe)¹²
- Zertifikat Spezielle BoNT-Therapie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)¹³
- Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach M-WO^a M-WO¹

^awenn hier und im Folgenden zur Vereinfachung die maskulinen Wortformen gebraucht werden sind stets beide Geschlechter gemeint.

- Zusatzweiterbildung Psychotherapie¹
- Zusatzweiterbildung Rehabilitationswesen¹
- Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerzmedizin¹

Weitere fakultative Qualifikationen können im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Entwicklung der Neuropädiatrie zukünftig hinzukommen.

Die neuropädiatrische Kompetenz ist u.a. gekennzeichnet durch (zitiert nach: European Pediatric Neurology Training Program¹⁴):

- Fachkenntnis der Neurologie des Kindes- & Jugendalters
- Fachkenntnis der Diagnostischen Parameter
- Fachkenntnis der Therapien
- klinische Erfahrung
- interdisziplinäres und multimodales Management
- medizinisch-technische Fähigkeiten
- wissenschaftliche Fähigkeiten
- didaktische Fähigkeiten
- integrative Kooperationskompetenz
- ethische Kompetenz
- Organisations- und Verwaltungskompetenz

Zum Erhalt und Ausbau ärztlicher Kenntnisse und Kompetenzen und zur Aktualisierung auf den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft ist die regelmäßige Teilnahme an zertifizierter neuropädiatrischer Fortbildung unerlässlich.

Zu einer umfassenden neuropädiatrischen Versorgung gehören im Team auch nicht-ärztliche Mitarbeiter. Dieses Team ist – abhängig von der Inanspruchnahmepopulation und damit der inhaltlichen Ausrichtung einer Einrichtung – aus verschiedenen Fachrichtungen zusammenzusetzen, u.a. Kinderkrankenpflege, Heilpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialpädagogik, Psychologie usw.. Im Syllabus Neuropädiatrie können die allgemeinen fachlichen Qualifikationen für dieses Personal nicht beschrieben werden. Hierzu wird auf die jeweiligen Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände der Disziplinen verwiesen.

III.2. Anforderungen an Organisation und Infrastrukturen

Neben der personellen Ausstattung ist für eine qualitätsvolle und –gesicherte neuropädiatrische Versorgung auch die Qualität der Infrastruktur entscheidend.

Eine angemessene *Geräte- und Methodenausstattung* ist zu fordern. Diese ist abhängig von den Versorgungsschwerpunkten der jeweiligen Einrichtung zu variieren. Dabei sollte sie z.B. einschließen:

- EEG-Gerät, mit Video-Doppelbild-Aufzeichnung mit digitaler Datenspeicherung und –verarbeitung (für den Leistungskomplex Klinische Neurophysiologie I, vgl. auch Kap. IV. 2 ff.)
- Neurografie/EMG-Gerät mit digitaler Datenspeicherung und –verarbeitung (für den Leistungskomplex Klinische Neurophysiologie IIa, vgl. auch Kap. IV. 2 ff.)
- EP-Gerät mit digitaler Datenspeicherung und –verarbeitung (für den Leistungskomplex Klinische Neurophysiologie IIb, vgl. auch Kap. IV. 2 ff.)

- entwicklungsneurologische Testverfahren
- neuropsychologische Testverfahren
- direktes Ophthalmoskop
- Ultraschallgerät

Die *Räumlichkeiten* für Diagnostik und Therapie müssen angemessen sein. Dabei sind die jeweils unterschiedlichen Anforderungen zu berücksichtigen, z.B. für:

- die kindgerechte neurologische Untersuchung
- die Entwicklungsdiagnostik
- die Bewegungs- und Ganganalyse einschl. Motoskopie
- das neurophysiologische Labor (Wach- & Schlaf-EEG, Neurografie, EP und EMG)

Die *Organisation* der Einrichtung ist auf die neuropädiatrische Versorgung auszurichten. Dabei ist insbesondere eine angemessene Terminierung zu beachten (u.a. zur Vermeidung von unangemessenen Wartezeiten und der Verzögerung notwendiger medizinischer Maßnahmen). Bei der Organisation einer hinreichenden Patientenversorgung ist eine kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung während des kompletten Krankheitsverlaufes Mittel zur Zielerreichung.

Zu einer angemessenen Organisation zählt obligat auch die Einbindung interdisziplinärer Kooperationspartner in Inhalt und Ablauf der Versorgungsprozesse (siehe: *Syllabus Neuropädiatrie... 2.0 (Teil 1), Kapitel II., Schnittstellen der Neuropädiatrie, Übersicht 2*)¹⁵ die vollständige Dokumentation der fachgerechten Befundung, der Gespräche und der standardisierten Abläufe, und ebenso die umfassende Kommunikation mit plausiblen und zeitgerechten Arztberichten sowie verständlicher Kommunikation mit Patienten und Eltern. Außerdem muss eine angemessene Erreichbarkeit der Einrichtung (Telefon, Internet, eMail usw. gewährleistet sein).

III.3. Maßnahmen zur Evaluation der medizinischen Ergebnisqualität

Die Qualität der neuropädiatrischen Versorgung einer Einrichtung soll regelmäßig überprüft werden. Geeignete Methoden dazu sind unter anderem standardisierte Zuweiserbefragungen, standardisierte Patienten- und Elternbefragungen und ein Benchmarking im Rahmen von Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements. Die Evaluationsergebnisse über die Ergebnisqualität sollen regelmäßig veröffentlicht werden, um die erforderliche Transparenz herzustellen.

IV. Neuropädiatrisches Versorgungsmodell für Deutschland

IV.1. Einleitung: ergänztes Sektoren-Netz-Modell der Versorgung

Die Versorgung im Gebiet der Neurologie des Kindes- & Jugendalters ist in Deutschland wie in fast allen anderen Fachgebieten in mehrere Versorgungsbereiche aufgeteilt.

Der Gesetzgeber hat dazu im Sozialgesetzbuch V¹⁶ den ambulanten und stationären Sektor benannt, aber in den letzten Jahren immer wieder zahlreiche gesetzgeberische Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Versorgung beschlossen, da Krankheitsbilder erfahrungsgemäß selten an

Sektorengrenzen enden. Diese Maßnahmen sollen die kontinuierliche Patientenversorgung verbessern, waren jedoch bislang nur teilweise erfolgreich. Die Rehabilitation wird vom Gesetzgeber überwiegend im Sozialgesetzbuch IX¹⁷ festgelegt. Diese Trennung hat vor allem Gründe im Bereich der kollektiven und individuellen Finanzierung, produziert jedoch in der praktischen Versorgung von Patienten erhebliche Probleme.

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie definiert eine patientenorientierte Versorgung, die die Sektorengrenzen überschreitet und gleichzeitig transparent die Befassung mit verschiedenen komplexen Fragestellungen in den unterschiedlich spezialisierten Einrichtungen der verschiedenen Sektoren berücksichtigt.

Das in den vorangegangenen Versionen des Syllabus Neuropädiatrie verwendete Modell der *Versorgungspyramiden* wird mit dieser Version 2.0 aufgegeben zugunsten einer sektoriell-vernetzten Darstellung. Mit der Beschreibung weiterer Versorgungsbereiche wie der Neurorehabilitation lässt sich nach Ansicht der Kommission eine anschauliche Darstellung in einer „Pyramidenlandschaft“ nicht mehr gewährleisten. Außerdem lassen sich die komplexen Vernetzungen von Einrichtungen im Sektorenmodell zusätzlich besser veranschaulichen. Hier bleibt auch für zukünftige Differenzierung genügend Raum.

Auch lassen sich die vorhandenen z.T. (hoch-) spezialisierten und strukturell heterogenen Versorgungseinrichtungen nicht einem einzelnen Versorgungssektor zuordnen. Daher werden diese in der Mitte des so erweiterten Modells als „Spezialeinrichtungen“ dargestellt. Spezialkliniken^b und -ambulanzen, z.B. Epilepsiezentren, sind derzeit und zukünftig ein unverzichtbarer Bestandteil der Versorgungslandschaft in Deutschland.

Dieses *ergänzte Sektoren-Netz-Modell* zeigt generell keine „Rangfolge“ oder höhere „Wertigkeit“ irgendeines Versorgungsbereiches. Gleichwohl lässt es grundsätzlich eine Differenzierung in der grafischen Darstellung des Spezialisierungsgrades (peripher = mehr Basis-Versorgung, zentral = eher spezialisierte Versorgung) und der von der GNP für notwendig erachteten Versorgungsdichte und Anzahl der Einrichtungen (entsprache der Schichtdicke) einzelner Sektorelemente zu.

Die Neuropädiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland verteilen sich nach dem Versorgungsmodell der Gesellschaft für Neuropädiatrie auf folgende Sektoren und Bereiche:

- ambulante Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen
- stationäre Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen
- rehabilitative Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen
- sowie
- besondere spezialisierte Einrichtungen mit entsprechendem, zum Teil hochspezialisierten Versorgungsauftrag

^bDer Begriff der Klinik wird hier und im Folgenden synonym für eigenständige Kliniken ebenso wie für Klinikabteilungen benutzt, ungeachtet der betrieblichen Eigenständigkeit.



Abbildung 1 ergänztes Sektoren-Netz-Modell der ambulanten, stationären und rehabilitativen Neuropädiatrie mit besonders spezialisierten Einrichtungen, auf der Basis der (ambulanten) Primary Care und der stationären pädiatrischen Basisversorgung (letzttere jeweils zweigeteilt dargestellt, um die Vernetzungen zwischen den Sektoren darstellen zu können). Die Breite und Größe der Sektoren und Sektorenring-Elemente spiegelt die Wichtigkeit oder Größe der jeweiligen Bereiche wieder.

Die aktuell vorhandenen neuropädiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland sind insgesamt strukturell heterogen und durch regional unterschiedliche Verfügbarkeit und Finanzierungsmodalitäten geprägt. Zusätzlich und unabhängig von ihrer institutionellen Zugehörigkeit haben die Anbieter der Versorgung verschiedene inhaltliche Schwerpunkte in den neuropädiatrischen Teilgebieten. Diese heterogene Versorgungslandschaft gilt es zukünftig sinnvoll zu ergänzen und – wo notwendig – auch umzustrukturieren. Mit der Strukturdiskussion muss eine solide Finanzierungsbasis für die Versorgung des Klientels aufgebaut und strukturell für die Zukunft gesichert werden.

Im Folgenden wird ein gegliedertes neuropädiatrisches Versorgungsmodell auf der Basis einer pädiatrischen Basisversorgung entworfen. Zur Veranschaulichung wird das Bild der ergänzten Versorgungssektoren benutzt: *ergänztes Sektoren-Netz-Modell*, siehe **Abbildung 1**.

Die wohnortnahe, hausärztliche pädiatrische ambulante Versorgung mit seiner Screening- bzw. Filterfunktion für neuropädiatrische Krankheitsbilder und die stationäre Grundversorgung durch Kinderkliniken ohne Neuropädiatrie ist als Ebene der sogenannten *Pädiatrischen Basis-Kompetenz* auch in der grafischen und textlichen Darstellung dieses Syllabus Neuropädiatrie aufgenommen, um zu verdeutlichen, dass sie die unverzichtbare Basis der Versorgung bildet – wie auch für alle anderen Versorgungsbereiche und Schwerpunktkompetenzen der Kinder- und Jugendmedizin.

Im nächsten Heft (*Neuropediatrics* 45 (4), August 2014): Syllabus Neuropädiatrie 2.0–Teil 3, Kapitel IV.2. bis IV.6. mit den Definitionen von Aufgaben, Strukturen, Ausstattungsmerkmalen und der Vernetzung von Einrichtungen der Versorgungsbereiche und Sektoren.

Literatur

- 1 Bundes-Ärzte-Kammer (BÄK). . Muster-Weiterbildungsordnung (M-WO) vom Mai 2003 in der Fassung vom 28.03.2008- Online veröffentlicht: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129>
- 2 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung. Richtlinien für die Ausbildung in der klinischen Elektroenzephalographie (EEG) im Rahmen der Fortbildung in der klinischen Neurophysiologie; Darmstadt 2008. Online veröffentlicht: http://www.dgkn.de/fileadmin/user_upload/pdfs/eeg/EEG1.pdf
- 3 Besser R, Ebner A, Hegerl U, et al. (EEG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung): EEG- Ausbildung im Rahmen einer neuropädiatrischen Ausbildung; Darmstadt 2006. Online veröffentlicht: http://www.dgkn.de/fileadmin/user_upload/pdfs/eeg/EEG2.pdf
- 4 Besser R, Ebner A, Hegerl U, et al. (EEG-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung): Prüfung für das EEG-Zertifikat: Durchführung und Wissenspunkte; Darmstadt 2006. Online veröffentlicht: http://www.dgkn.de/fileadmin/user_upload/pdfs/eeg/EEG3.pdf
- 5 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung. Richtlinien für die Ausbildung in der klinischen Elektromyographie (EMG) im Rahmen der Weiterbildung in der klinischen Neurophysiologie; Darmstadt 2005. Online veröffentlicht: http://www.dgkn.de/fileadmin/user_upload/pdfs/eeg/EEG18.pdf
- 6 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung. Richtlinien für die Ausbildung in der klinischen Elektromyographie (EMG) im Rahmen der Weiterbildung in der klinischen Neurophysiologie; Darmstadt 2005. Online veröffentlicht: http://www.dgkn.de/fileadmin/user_upload/pdfs/eeg/EEG19.pdf
- 7 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung. Richtlinien für die Ausbildung in den evozierten Potentialen (EP) im Rahmen der Weiterbildung in der klinischen Neurophysiologie; Darmstadt 2005. Online veröffentlicht: http://www.dgkn.de/fileadmin/user_upload/pdfs/eeg/EEG20.pdf
- 8 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung. Wissenspunkte für die EP-Prüfung; Darmstadt 2005. Online veröffentlicht: http://www.dgkn.de/fileadmin/user_upload/pdfs/eeg/EEG21.pdf
- 9 Buchner H, Haupt WF, Kunesch E, Lowitzsch K, Paulus W, Stöhr M. (EP-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung): Empfehlungen für die Ausbildung im Bereich „Evozierten Potentiale“; Lübeck 2002. Online veröffentlicht: http://www.dgkn.de/fileadmin/user_upload/pdfs/eeg/EEG22.pdf
- 10 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Qualifikationsnachweis „Somnologie“; Frankfurt 1997/Berlin 2014. Online veröffentlicht: <http://www.charite.de/dgsm/dgsm/downloads/QN-Somnologie/QN-P-ae.pdf>
- 11 Vorstand und Fachgremium für den QN der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM): Qualifikationsnachweis Somnologie (für Ärzte) Merkblatt für Antragsteller (Stand: 20. Dezember 2012); Berlin 1997–2014. Online veröffentlicht: http://www.charite.de/dgsm/dgsm/downloads/QN-Somnologie/QN%20Merkblatt%20Ae_20Dec2012b.pdf
- 12 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (Dgfe): Zertifikat Epileptologie; Berlin 1982–2012. Online veröffentlicht: http://www.dgfe.info/home/index,id,608,selid,4105,type,VAL_-MEMO.html
- 13 Arbeitskreis Botulinumtoxin. (AkBoNT) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie: Richtlinien zum Erwerb des Qualitätsnachweises „Qualifizierte Botulinumtoxintherapie“; Rostock 2007. Online veröffentlicht: <http://www.botulinumtoxin.de/zertifikat.html>
- 14 The Board of European Paediatric Neurology Society. European Paediatric Neurology Training Programme (Syllabus of the EPNS), Approved by Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP) of UEMS in December 2002 and the Neurology Section of UEMS/Board of Neurology in March 2003, 1. Revision vom 05.01.2009; Horwich (GB) 2009–2014. Online veröffentlicht: http://www.epns.info/documents/Syllabus_1st_2009.pdf
- 15 Sprinz A, Baethmann M, Heinen F, Staudt M, Kieslich M. Syllabus Neuropädiatrie Strukturen, Qualität und Perspektiven der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung-Version 2.0 (Teil 1). *Neuropediatrics* 2014;45(2):133–136
- 16 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -. (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261) geändert worden ist. Quelle: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz; online veröffentlicht auf http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
- 17 Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2598) geändert worden ist. Quelle: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz; online veröffentlicht auf http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/

Syllabus Neuropädiatrie 2.0 – Strukturen, Qualität und Perspektiven der Ambulanten, Stationären und Rehabilitativen Versorgung – Teil 3

Andreas Sprinz¹ Martina Baethmann² Florian Heinen³ Martin Staudt⁴ Matthias Kieslich⁵

¹ Ganglabor, Motionanalytics and -therapy, Havixbeck, Germany

² Children's Hospital Dritter Orden, Munich, Germany

³ Department of Pediatric Neurology and Developmental Medicine, University of Munich, Munich, Germany

⁴ Clinic for Neuropediatrics and Neurorehabilitation, Epilepsy Center for Children and Adolescents, Vogtareuth, Germany

⁵ Department of Neuropediatrics, Goethe University, Frankfurt, Germany

Address for correspondence: Andreas Sprinz, MD, Ganglabor, Vorstandsmitglied, Sprecher Kommission Versorgungsstrukturen GNP, Am Schlaubach 145, D - 48329 Havixbeck, Germany (e-mail: a.sprinz@ganglabor.de).

Neuropediatrics 2014;45:266–272.

Die Mitgliederversammlung der GNP hat im April 2013 mit dem Syllabus Neuropädiatrie 2.0 u.a. umfassende Qualitätsanforderungen an die neuropädiatrische Versorgung beschlossen und mit dem ergänzten Sektoren-Netz-Modell ein gegliedertes neuropädiatrisches Versorgungsmodell für Deutschland auf der Basis einer pädiatrischen Basisversorgung zur Grundlage ihrer weiteren Versorgungsplanungen gemacht.

Nach den ersten beiden Teilen des Syllabus Neuropädiatrie 2.0 (Präambel und Definition des Fachgebietes Neuropädiatrie¹ und Anforderungen an und Qualifikationskriterien für neuropädiatrische Versorgungseinrichtungen und das ergänzte Sektoren-Netzmodell der Versorgungsstrukturen²), veröffentlicht die Kommission Versorgungsstrukturen im Namen des Vorstandes der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) in dieser Ausgabe die Struktur- und Ausstattungsmerkmale, Versorgungsaufgaben und Kooperationsbeziehungen der Versorgungsbereiche (in der Downloadversion die Kapitel 5.2ff). Die formulierten Standards stellen dabei die jeweilige Mindestausstattung dar.

Der Syllabus 2.0 ist als PDF-Volltextversion auch online auf der Seite der Gesellschaft für Neuropädiatrie verfügbar: http://www.neuropaediatrie.com/ueber_uns/syllabus.html

IV. 2. Ambulanter Versorgungsbereich

Für die Neuropädiatrie gliedert sich die ambulante Versorgung nach dem ergänzten Sektoren-Netz-Modell (siehe **Abbildung 1**) in

1. Pädiatrische Primary Care
2. Schwerpunktpraxen bzw. -ambulanzen Neuropädiatrie
3. Neuropädiatrische Spezialambulanzen oder -praxen

IV.2.1. Pädiatrische Primary Care

Die hausärztliche Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen findet *wohntbezogen und -nah* in Versorgungseinrichtungen statt, die bevorzugt mit mindestens einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, ansonsten mit mindestens einem hausärztlich-tätigen Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. für Innere Medizin, besetzt sind. Für die strukturellen Voraussetzungen dieser Versorgungseinrichtungen gelten die allgemeinen Vorgaben für Vertragsarztpraxen der Kinder- & Jugendmedizin.

Die pädiatrische primary care schließt entsprechend der Kompetenzen des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin die *neuropädiatrische Grundversorgung* ein. Die Einrichtungen der Basisversorgung kooperieren für die Versorgung neuropädiatrischer Patienten mit entsprechenden Partnern auf *allen* anderen Versorgungsbereichen und -ebenen. Beispiele für Versorgungseinrichtungen der Pädiatrische Primary Care sind:

- niedergelassene Vertragsärzte (als hausärztlich-tätigen Fachärzte für Kinder- & Jugendmedizin oder Allgemeinmedizin oder Innere Medizin)
- privatärztlich -tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- ermächtigte Krankenhausärzte (als hausärztlich-tätigen Fachärzte für Kinder- & Jugendmedizin)

IV.2.2. Schwerpunktpraxis/-ambulanz Neuropädiatrie

Die fachärztlich neuropädiatrische Versorgung durch Schwerpunktpraxen bzw. -ambulanzen findet ebenfalls *wohntbezogen und -nah* statt. Die Versorgungseinrichtungen können ggf. in organisatorischer (und personeller) Einheit



Abbildung 1 Ergänztes Sektoren-Netz-Modell der ambulanten, stationären und rehabilitativen Neuropädiatrie (aus: Reprinted with permission from Sprinz et al. Neuropediatrics 2014;45(3):201–204.).

auch die pädiatrische Basis-Kompetenz (ambulante Primary Care, siehe Kap. IV.2.1.) vorhalten.

Die personellen und strukturellen Voraussetzungen sowie die nachzuweisenden Kooperationen sind in **Tabelle 1** aufgeführt.

Beispiele für Einrichtungen des Versorgungsbereiches Schwerpunktpraxen/-ambulanzen sind:

- niedergelassene Vertragsarztpraxen (Vertragsärzte ggf. in Personalunion auch als hausärztliche Kinder- und Jugendärzte tätig)
- privatärztlich-tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- ermächtigte Krankenhausärzte mit neuropädiatrischer Ambulanz

IV.2.3. Neuropädiatrische Spezialambulanz/-praxis

Die fachärztlich-neuropädiatrische Versorgung durch Spezialambulanzen bzw. -praxen erfolgt mit *regionalem oder überregionalem* Einzugsbereich. Auch hierzu sind die personellen und strukturellen Voraussetzungen sowie die nachzuweisenden Kooperationen in **Tabelle 1** gelistet.

Einrichtungen dieses Versorgungsbereiches sind beispielsweise:

- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)
- (Spezial-) Ambulanzen an Kliniken
- Spezialpraxen Neuropädiatrie

IV. 3. Stationärer Versorgungsbereich

Die stationäre neuropädiatrische Versorgung besteht in Deutschland im ergänzten Sektoren-Netz-Modell aus^a

1. Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin
2. Kliniken mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
3. Kliniken der neuropädiatrischen Kompletversorgung

IV.3.1. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Analog zur primary care im ambulanten Sektor sichern die Kliniken bzw. Abteilungen für (allgemeine) Kinder- und Jugendmedizin mit den Kompetenzen des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin die wohnortnahe bzw. regionale neuropädiatrische Grundversorgung. Dabei sind sie unter anderem für die Basisversorgung und Stabilisierung akuter neurologischer Erkrankungen zuständig, z.B. akute Krampfanfälle, Meningitis, Bewusstseinsstörungen und Stoffwechselstörungen.

Für räumliche und strukturelle Voraussetzungen gelten die allgemeinen Qualitätskriterien für Kinderkliniken von DAKJ, BaKuK und GKind.³

Diese Kliniken kooperieren zur Versorgung im ambulanten Sektor obligat mit mindestens einer Schwerpunktpraxis/-ambulanz Neuropädiatrie (siehe Kap. IV.2.2.) und/oder

^a Der Begriff der Klinik wird hier und im Folgenden synonym für eigenständige Kliniken ebenso wie für Klinikabteilungen benutzt, ungeachtet der betrieblichen Eigenständigkeit.

Tabelle 1 Strukturmerkmale ambulanter neuropädiatrischer Versorgungseinrichtungen

	Schwerpunktpraxis/-ambulanz Neuropädiatrie	Neuropädiatrische Spezialambulanz/-praxis
personelle Voraussetzungen	• ein Facharzt mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie • fakultativ weitere Mitarbeiter	• mind. ein Facharzt mit Schwerpunkt Neuropädiatrie für den ambulanten Bereich • mindestens 1 ausgewiesene und besetzte Weiterbildungsstelle (Vollzeit) • interdisziplinäres, multimodales Team (z.B. Psychologe, Heilpädagogen, funktionelle Therapeuten, Sozialarbeiter/-pädagogin)
strukturelle Voraussetzungen		• Weiterbildungsermächtigung über mindestens 12 Monate • für Sozialpädiatrische Zentren u.ä. Einrichtungen: siehe „Altöttinger Papier“¹²
Ausstattung	• fakultative Geräteausstattung entsprechend der Schwerpunktaufgaben: siehe Kap. III.2² • Räume: Ausstattung siehe Kap. III.2²	• fakultative Geräteausstattung entsprechend der Schwerpunktaufgaben: siehe Kap. III.2² • Räume: Ausstattung siehe Kap. III.2²
Kooperationen	• möglichst bidirektional • nachzuweisen mit: a. Neuropädiatrische Spezialambulanz (Kap. IV.2.2.) b. Neuroradiologie (Klinik oder Vertragsarztpraxis) c. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (vgl. Kap. IV.3.1.) d. Klinik mit Schwerpunkt Neuropädiatrie (vgl. Kap. IV.3.2.) und/oder Klinik der neuropädiatrischen Kompletversorgung (vgl. Kap. IV.3.3.)	• bidirektional • nachzuweisen mit: a. Neuroradiologie (Klinik oder Vertragsarztpraxis) b. Humangenetisches Institut (Krankenhausabteilung oder Vertragsarztpraxis) c. Epilepsiezentren DGfE d. Muskelzentrum DGM e. Klinik mit Schwerpunkt Neuropädiatrie (vgl. Kap. IV.3.2.) und/oder Klinik der neuropädiatrischen Kompletversorgung (vgl. Kap. IV.3.3.)

Neuropädiatrische Spezialambulanz/-praxis (siehe Kap. IV.2.3.). In der stationären Versorgung bestehen Kooperationen mit mindestens je einer Klinik mit Schwerpunkt Neuropädiatrie (siehe Kap. IV.3.2.) und einer Klinik der neuropädiatrischen Kompletversorgung (siehe Kap. IV.3.3.).

IV.3.2. Klinik mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

Zur regionalen und überregionalen Versorgung und Betreuung akuter und chronischer neuropädiatrischer Erkrankungen stehen Kliniken mit ausgewiesenem Schwerpunkt Neuropädiatrie zur Verfügung. Sie führen sowohl die diagnostische Abklärung als auch die Therapie durch. Je nach regionalem Versorgungsangebot und Bevölkerungsstärke ergänzen diese Kliniken auch die neuropädiatrische Basisversorgung der Kliniken nach Kapitel IV.3.1.

Die personellen und strukturellen Voraussetzungen sowie die nachzuweisenden Kooperationen sind in **Tabelle 2** aufgeführt. Kinderkliniken mit Schwerpunkt Neuropädiatrie sind die beispielhaften Einrichtungen dieses Versorgungsbereiches.

IV.3.3. Klinik der Neuropädiatrischen Kompletversorgung

Mit überregionalem Einzugsbereich werden Patienten mit dem ganzen Spektrum akuter und chronischer neurologischer Erk-

rankungen des Kindes- und Jugendalters in diesen Kliniken versorgt und betreut. Sie sorgen unter anderem für die diagnostische Abklärung aller „neuropädiatrischer Problemfälle“.

Tabelle 2 listet die personellen und strukturellen Voraussetzungen sowie die nachzuweisenden Kooperationen. Universitätskliniken mit Schwerpunkt bzw. Abteilung für Neuropädiatrie sind die typischen Vertreter dieses Versorgungsbereiches, genauso wie Kinderkliniken mit komplex ausgebautem Schwerpunkt Neuropädiatrie.

IV.4. Versorgungsbereich Neuropädiatrische Rehabilitation

Die Neuropädiatrische Rehabilitation ist im Vergleich zum ambulanten und stationären Versorgungsbereich sowie zur Neurorehabilitation Erwachsener erst in jüngster Zeit eigenständig etabliert. Das erfordert hier im Syllabus Neuropädiatrie eine Vorbemerkung und eine detailliertere Aufgaben- und Ausstattungsbeschreibung.

Vorbemerkung

Bei Kindern und Jugendlichen heilen viele Verletzungen und Erkrankungen des Nervensystems vollständig aus, so dass die Betroffenen bald nach Entlassung aus einer (Akut-)

Tabelle 2 Strukturmerkmale stationärer neuropädiatrischer Versorgungseinrichtungen

	Klinik mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	Klinik der neuropädiatrischen Komplettversorgung
personelle Voraussetzungen	• mindestens 1 Facharzt mit Schwerpunkt Neuropädiatrie für den stationären Bereich • Vertretungsregelung für Wochend- und Urlaubszeiten, z.B. durch Kooperation mit niedergelassenem Facharzt mit Schwerpunkt Neuropädiatrie • mindestens 1 ausgewiesene und besetzte Weiterbildungsstelle (Vollzeit)	• mindestens 2 Fachärzte mit Schwerpunkt Neuropädiatrie • mindestens 1 ausgewiesene und besetzte Weiterbildungsstelle (Vollzeit) • Interdisziplinäres Team inklusive Neuropsychologie
strukturelle Voraussetzungen	• Allgemeine Qualitätskriterien für Kinderkliniken • neuropädiatrische Weiterbildung mindestens 18 Monate	• Allgemeine Qualitätskriterien für Kinderkliniken • volle Weiterbildung (36 Monate) • Möglichkeit zur ambulanten Betreuung • Angemessene Räumlichkeiten für ambulante und stationäre Betreuung, z.B. Therapieräume, Räume für Testdiagnostik, Motoskopie, Beratung
Ausstattung	• Neurophysiologisches Labor (mindestens EEG und Neurografie)	• Neurophysiologisches Labor (EEG, S-EEG, evozierte Potentiale, Neurografie) • Labor und (Neuro-) Radiologie in ständiger Verfügbarkeit im selben Haus • Intensivstation für Kinder- & Jugendliche
Kooperationen	nachzuweisen mit: • im selben Haus: Labor und Radiologie/Neuroradiologie (mindestens cCT und MRT) • Neuroophthalmologie • HNO/Pädaudiologie • Humangenetik • Neuropsychologie • Polysomnografie • Klinik der neuropädiatrischen Komplettversorgung (vgl. Kap. IV.3.3.) • Schwerpunktpraxis/-ambulanz Neuropädiatrie (vgl. Kap. IV.2.2) (ggf. im gleichen Haus bzw. in organisatorischer Einheit) • Neuropädiatrische Spezialambulanz/-praxis (vgl. Kap. IV.2.3.)	nachzuweisen mit: • Neuroradiologie • Neurochirurgie • Neuroophthalmologie • Neuropsychologie • Humangenetik • HNO/Pädaudiologie • Neuroorthopädie • Polysomnografie

Kinderklinik wieder ihre gewohnten Aktivitäten in ihrem normalen sozialen Umfeld aufnehmen können. Nach schwereren Erkrankungen und Verletzungen kann dieser Prozess jedoch oft viele Wochen dauern, und nicht selten gelingt eine solche vollständige Wiederherstellung neurologischer Funktionen und volle Wiedereingliederung in das gewohnte soziale Umfeld nicht. Die Übertragung des etablierten Phasenmodells der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für die Rehabilitation Erwachsener bedarf daher einiger Modifikationen.⁴

Für die **Frührehabilitation von Kindern** mit schweren Verletzungen und Erkrankungen des Nervensystems (entsprechend **Phase B** im Phasenmodell der BAR⁴) stehen in Deutschland ein Reihe von Spezialeinrichtungen zur neuropädiatrischen Rehabilitation zur Verfügung (vgl. Karte BAR⁵). Diese Einrichtungen müssen medizinisch-personell und apparativ so ausgestattet sein, dass eine Übernahme von Kindern und Jugendlichen zu einem frühen Zeitpunkt nach ZNS-Schädigung oder im Verlauf von ZNS-Erkrankungen möglich ist, idealerweise sobald keine intensivmedizinische Behandlung (entsprechend Phase A) des Patienten mehr erforderlich

ist (dauerhaft stabile kardiorespiratorische Situation, abgeschlossene operative Primärversorgung, stabile Hirndruckverhältnisse usw.). Oft ist für diese frühzeitige Übernahme eine breite (allgemein-) pädiatrische Expertise erforderlich, speziell wenn es sich um Kindern mit neurologischer Beteiligung/Komplikation bei nicht-neurologischer Grunderkrankung handelt (z.B. bei komplexen Herzfehlern, onkologischen Erkrankungen). Gleichzeitig müssen diese Einrichtungen über interdisziplinär kooperierende Teams von therapeutischem Personal (u.a. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Klinikschule, evtl. Musiktherapie, evtl. Kunsttherapie) verfügen. Schließlich wird Personal benötigt, welches das betroffene Kind und seine Familie psychosozial begleitet, was von Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung bis hin zur sozialrechtlichen Beratung reicht (z.B. Psychologen, Sozialpädagogen). Zur Versorgung des Patienten mit Hilfsmitteln sind Kooperationen mit Orthopädietechnikern und anderen Firmen erforderlich (Nahrungspumpen, Heimbeatmungsgeräte, Blicksteuerungscomputer etc).

Dementsprechend werden in diesen Einrichtungen Behandlungsziele auf allen Ebenen des ICF-CY⁶ verfolgt

(Struktur, Funktion, Aktivität, Partizipation, Kontext). Gerade die Neurorehabilitation von schwerst geschädigten Kindern zielt oft auf eine möglichst weit reichende Partizipation des Kindes im Kontext der Familie ab, auch wenn nur eine allenfalls geringe Erholung neurologischer Funktionen zu erwarten ist (Struktur- & Funktionsebene). Neben diesen Zielen müssen bei diesen Kindern von Beginn an auch palliativmedizinische Aspekte kompetent berücksichtigt werden.

Diese Ziele verlangen bei schwer betroffenen Kindern und Jugendlichen oft eine Behandlungsdauer von mehreren Monaten sowie hohe Personalschlüssel, natürlich auch im nicht-ärztlichen Bereich.

Kinder und Jugendliche, die sich während ihrer Frührehabilitation (Phase B) zunehmend stabilisieren, können im Anschluss in die **Weiterführende Rehabilitation (Phase C)** überführt werden. Der medizinisch-pflegerische Behandlungsbedarf ist gegenüber Phase B geringer, eine aktive Kooperation des Patienten bei Therapien ist möglich. Nach Abschluss der Phase C erfolgt die Entlassung des Patienten. Rehabilitationseinrichtungen für Kinder für eine oftmals notwendige heimatnahe, ambulante Intensivtherapie sind in Deutschland derzeit nicht verfügbar, hilfsweise dienen Strukturen der ambulanten Neuropädiatrie (vgl. Kap. IV.2.) der Versorgung der Patienten.

Gelingt eine Stabilisierung in Phase B nicht, dann erfolgt die Entlassung direkt in die sog. **Phase F (Langzeitpflege)**, die jedoch bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland fast ausnahmslos in der Familie erfolgt.

Die Neurorehabilitations-Einrichtungen (Phasen B und C) kooperieren üblicherweise mit mehreren großen Kinderkliniken bzw. mit deren Intensivstationen. Auch durch die damit verbundenen Patientenbewegungen entsteht eine erhebliche Belastung mit zahlreichen verschiedenen *multiresistenten Erregern*. Diesem Umstand muss einerseits durch entsprechende Hygienemaßnahmen, andererseits durch einen entsprechend hohen Personalschlüssel Rechnung getragen werden (Zeitaufwand durch Hygienemaßnahmen, erhöhter Anteil an Einzeltherapien).

Neben dieser „Kernaufgabe“ neuropädiatrischer Rehabilitationskliniken werden diese Einrichtungen auch für gezielte stationäre Behandlungen bei Kindern mit chronischen, auch angeborenen neurologischen Erkrankungen gebraucht. Dies kann immer dann sinnvoll werden, wenn Erkrankungsschwere oder -komplexität einen weiteren Behandlungserfolg in den Strukturen der ambulanten und stationären Regelversorgung nicht mehr ermöglichen. Beispiele für die intermittierende Rehabilitationsbehandlung solcher Indikationen sind Etablierung unterstützter Kommunikation, Entscheidung über bzw. Beginn und Dosisfindung für intrathekale Baclofentherapie, komplexe Hilfsmittelversorgungen, medikamentöse Therapie schwerer Bewegungsstörungen, intensive Rehabilitation nach elektiven operativen Eingriffen (z.B. nach neuroorthopädischen Operationen bei Kindern mit Cerebralparese), Intensivtrainingseinheiten für sog. forced-used-Therapie etc.

Der Syllabus Neuropädiatrie 2.0 beschreibt im Folgenden die notwendigen Strukturmerkmale für Einrichtungen der Rehapphasen B und C. Die strukturellen Mindestanforderun-

gen von Einrichtungen zur **Weiteren neuropädiatrischen und neuropädiatrisch-schulischen/-beruflichen Rehabilitationsphase (Phase D)** und **Sozialen, schulischen und/oder beruflichen Eingliederungsphase (Phase E)** werden in der Folgeversion des Syllabus Neuropädiatrie 2.0 veröffentlicht.

IV.4.1. Klinik zur Neuropädiatrischen Frührehabilitation (Phase B)

Die Neuropädiatrische Frührehabilitation (Phase B) von Kindern und Jugendlichen nach Abschluss der Intensivbehandlungsphase ist eine *regionale und überregionale Versorgungsaufgabe*. Die Zuweisung erfolgt direkt von verschiedenen Intensivstationen.

Die weiteren Strukturmerkmale zur personellen, räumlichen, technischen und organisatorischen Ausstattung sowie die nachzuweisenden Kooperationen listet **Tabelle 3**.

IV.4.2. Klinik zur Weiterführenden Neuropädiatrischen Rehabilitation (Phase C)

Auch die weiterführende Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach Abschluss der Phase B als elektive stationäre Behandlung von Patienten mit chronischen neurologischen Erkrankungen, insbesondere in schweren, komplexen Versorgungssituationen muss *regional und überregional* erfolgen. Die möglichst einfache Erreichbarkeit für die Angehörigen ist auch für diese Einrichtungen zu berücksichtigen.

Tabelle 3 zeigt die notwendigen personellen, räumlichen, technischen und organisatorischen Ausstattungsmerkmale sowie Kooperationen.

IV. 5. Besonders Spezialisierte Neuropädiatrische Einrichtungen

Neben den systematisch zu beschreibenden Versorgungseinrichtungen der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung umfasst die „neuropädiatrische Versorgungslandschaft“ in Deutschland auch eine ganze Reihe von besonderen Einrichtungen, sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung. Sie erbringen einen wichtigen, z.T. durch keine anderen Einrichtungen zu erbringenden Teil der Versorgung neurologisch kranker Kinder und Jugendlichen.

Diese Einrichtungen bilden eine strukturell heterogene Gruppe, für die entsprechend auch keine strukturellen und personellen Standards beschrieben werden können. Sie sind z.T. auch organisatorischer Bestandteil von Versorgungseinrichtungen des ambulanten oder stationären Sektors (vgl. Kap. IV.2. und IV.3.) oder sind organisatorisch mit diesen anderweitig assoziiert.

IV.5.1. Besonders Spezialisierte Ambulante Einrichtungen

Im Bereich des ambulanten Sektors übernehmen Praxen und Ambulanzen mit Inhabern spezieller, z.T. hochspezialisierter Zusatzqualifikationen (z.B. Qualitätsnachweis „Qualifizierte Botulinumtoxintherapie“ AKBONT/DGN⁷, Zusatzweiterbildung Palliativmedizin oder Schmerztherapie⁸) einen wichtigen Teil der Versorgung v.a. von komplexen neuropädiatrischen Erkrankungen.

Tabelle 3 Strukturmerkmale neuropädiatrischer Versorgungseinrichtungen der Rehabilitation

	Klinik zur neuropädiatrischen Frührehabilitation (Phase B)	Klinik zur weiterführenden neuropäd. Rehabilitation (Phase C)
personelle Voraussetzungen	• mindestens 2 Fachärzte mit Schwerpunkt Neuropädiatrie • mindestens 1 ausgewiesene und besetzte Weiterbildungsstelle (Vollzeit) • interdisziplinäres Team inklusive Neuropsychologie • mindestens 1 Facharzt mit Zusatzqualifikation Palliativmedizin	• mindestens 2 Fachärzte mit Schwerpunkt Neuropädiatrie • mindestens 1 ausgewiesene und besetzte Weiterbildungsstelle (Vollzeit) • interdisziplinäres Team inklusive Neuropsychologie
strukturelle Voraussetzungen	• Allgemeine Qualitätskriterien für Kinderkliniken • neuropädiatrische Weiterbildung mindestens 18 Monate	• Allgemeine Qualitätskriterien für Kinderkliniken • neuropädiatrische Weiterbildung mindestens 6 Monate
Ausstattung	• Neurophysiologisches Labor (mindestens EEG, evozierte Potentiale und Neurografie) • Möglichkeit zur Versorgung und ggf. Beatmung tracheotomierter Patienten	• Neurophysiologisches Labor (mindestens EEG, Langzeit-EEG, evozierte Potentiale und Neurografie)
Kooperationen	nachzuweisen mit: • Labor • Neuroophthalmologie • HNO/Pädaudiologie • Humangenetik • Radiologie/Neuroradiologie • Neurochirurgie • Polysomnografie • Neuroorthopädie	nachzuweisen mit: • Labor • Neuroophthalmologie • HNO/Pädaudiologie • Humangenetik • Radiologie/Neuroradiologie • Neurochirurgie • Palliativmedizin • Polysomnografie • Neuroorthopädie • Orthopädietechnik

Beispiele:

- Spezialambulanz an einer Kinderklinik mit selektiertem Patientenkollektiv, z.B. für die komplexe Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit NF-1, neurodegenerativen oder Stoffwechsel-Erkrankungen
- Spezialpraxis Neuropädiatrie mit Schwerpunktversorgung Epileptologie (zertifiziert durch Dgfe⁹)
- zertifizierte Epilepsie-Ambulanz Dgfe¹⁰
- Spezialpraxis Neuropädiatrie mit multiprofessioneller Schwerpunktversorgung Cerebrale Bewegungsstörung
- Entwicklungsneurologische Ambulanz an Allgemeiner Kinderklinik (vgl. Kap. IV.3.1.).

IV.5.2. Besonders Spezialisierte Stationäre Einrichtungen

In der stationären Versorgung haben sich in Deutschland einige Einrichtungen, meist ohne Anbindung an eine allgemeine Kinderklinik (vgl. Kap. IV.3.1.), z.T. zu sehr spezialisierten Versorgern entwickelt, allen voran im Bereich der Epileptologie. Ein großes organisatorisches Problem dieser Einrichtungen ist die angemessene Abbildung im Krankenhausbedarfsplan der Länder und die Finanzierung im DRG-System.

Beispiele, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- Neuropädiatrische Fachklinik für Epileptologie
- zertifiziertes Epilepsiezentrum Dgfe,¹¹ ggf. mit prächirurgischer Epilepsiediagnostik (Monitoring-Einheit)

- Neuropädiatrische Fachklinik ohne Anbindung an eine Allgemeine Kinderklinik (vgl. Kap. IV.3.1.).

Literatur

Die Version 2.0 des Syllabus Neuropädiatrie ist mit diesem dritten Teil in wesentlichen Bestandteilen publiziert. Im September 2014 wird die Kommission Versorgungsstrukturen der Mitgliederversammlung und dem Vorstand eine überarbeitete Version 3.0 des Syllabus zur Abstimmung vorlegen. Die neue verabschiedete Version wird hier in den folgenden Ausgaben von Neuropediatrics als Update publiziert werden.

Literatur

- 1 Sprinz A, Baethmann M, Heinen F, Staudt M, Kieslich M. Syllabus Neuropädiatrie Strukturen, Qualität und Perspektiven der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung-Version 2.0 (Teil 1). Neuropediatrics 2014;45(2):133–136
- 2 Sprinz A, Baethmann M, Heinen F, Staudt M, Kieslich M. Syllabus neuropädiatrie 2.0-strukturen, qualität und perspektiven der ambulanten, stationären und rehabilitativen versorgung-teil 2. Neuropediatrics 2014;45(3):201–204
- 3 Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Mindestanforderungen) von DAKJ, BaKuK und GKInD, siehe: www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de; www.gkind.de
- 4 Das BAR-Phasenmodell der (Neuro-) Rehabilitation, in: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft

für Rehabilitation, Heft 1, Ausgabe 2007, ISSN 0933-8462; Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt/Main, <http://www.bar-frankfurt.de>

- 5 Deutschlandkarte der BAR mit den Neuropädiatrischen Rehasentren, in: in: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädelhirn-verletzter Kinder und Jugendlicher, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 1, Seite 66, a.a.O.
- 6 WHO ICF-CY Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Übersetzt und herausgegeben von Judith Hollenweger und Olaf Kraus de Camargo unter Mitarbeit des deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). 1. Auflage 2011, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
- 7 Arbeitskreis Botulinumtoxin (AkBoNT) der Deutschen Gesellschaft für Neurologie: Richtlinien zum Erwerb des Qualitätsnachweises „Qualifizierte Botulinumtoxintherapie“; Rostock 2007. Online veröffentlicht: <http://www.botulinumtoxin.de/zertifikat.html>
- 8 Bundes-Ärzte-Kammer (BÄK) Muster-Weiterbildungsordnung (M-WO) vom Mai 2003 in der Fassung vom 28.03.2008- Online veröffentlicht: <http://www.baek.de/page.asp?his=1.128.129&all=true>
- 9 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (Dgfe), Kommission Ambulante Epileptologie: Zertifikat Epileptologische Schwerpunktpraxis; Berlin 2012. Online zu beantragen: http://www.dgfe.info/home/index,id,530,selid,3691,type,VAL_MEMO.html
- 10 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (Dgfe), Kommission Ambulante Epileptologie: Zertifikat Epilepsie-Ambulanz; Berlin 2013. Online zu beantragen: http://www.dgfe.info/home/index,id,530,selid,3671,type,VAL_MEMO.html
- 11 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (Dgfe), Kommission Epilepsiezentren: Zertifikat Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche; Berlin 2010. Online zu beantragen: http://www.dgfe.info/home/index,id,531,selid,3673,type,VAL_MEMO.html
- 12 Altöttinger Papier: Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) - Strukturqualität, Diagnostik und Therapie, BAG SPZ, revidiert zuletzt 20.09.2001

GPGE-Geschäftsstelle • Chausseestraße 128 • 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung u. veranlasste
Leistungen
Herrn Prof. Josef Hecken
Herrn Dirk Hollstein
Per Mail an: AufgabenZS@g-ba.de

Dr. med. Martin Claßen
1. Vorsitzender

GPGE-Geschäftsstelle
Chausseestraße 128-129
10115 Berlin
Tel: 030 / 27 58 23 45
Fax: 03222 / 24 55 839
E-Mail: info@gpge.eu
Homepage: www.gpge.eu

Berlin, den 24.9.2019

Entscheidung des G-BA zu den Vorgaben zur Konkretisierung der
besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten
nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des KHEntgG

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE e.V.)
unterstützt nachdrücklich die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) am Stellungnahmeverfahren zu den
Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und
Schwerpunkten teilzunehmen.

Die nachfolgende Stellungnahme wurde gemeinsam mit der Deutschen
Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) und weiteren Fachgesellschaften aus
dem Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ sowie der Gesellschaft
der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD)
erarbeitet.

Zunächst möchten wir festhalten, dass wir die Definition von Zentren der
Spitzenmedizin für eine sinnvolle Möglichkeit halten, die Versorgungsqualität
zu verbessern.

Vor einer weiteren Diskussion von sinnvollen Kriterien zur Definition von
Zentren möchten wir zunächst darauf hinweisen, dass die Bezugnahme auf
eine bereits erfolgte Festlegung von Zentren in den jeweiligen
Landeskrankenhäuserplänen als Grundvoraussetzung für die weitere

Berücksichtigung der Zentren unzulässig ist. Es ist allgemein bekannt, dass die Landeskrankenhausplanung in den verschiedenen Bundesländern heterogen und sehr unterschiedlich weit vorangeschritten ist.

Während in einigen Bundesländern, wie z.B. Bayern, zahlreiche der genannten Zentren bereits festgeschrieben und in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind, ist dieses in anderen Ländern wie Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz - um nur einige zu nennen - nicht der Fall. Insofern darf die für verschiedene Zentren getroffene Stichtagsregelung nicht aufrechterhalten werden, zumal eine solche die Weiterentwicklung der Behandlungsangebote durch Aufbau neuer, prinzipiell geeigneter Zentren verhindern würde. Entsprechend sind auch finanzielle Zuschläge für Zentren bislang sehr unterschiedlich bewilligt worden, in vielen Bundesländern bislang noch gar nicht. Die Bezugnahme auf das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sehen wir in diesem Zusammenhang ebenfalls kritisch, da dieses die Definition von Zentren inhaltlich nicht berührt.

Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen.

Entsprechend der EACH Charta und der Kinderrechtskonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer, psychischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ definiert sind. Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen.

Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, wie z.B. Herzzentren, Transplantationszentren, Rheumakliniken o.a., dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.

Aus unserer Sicht ist daher die Definition von Fachabteilungen, z.B. auf Seite 9, kritisch zu kommentieren. Die Einbettung der pädiatrischen Subdisziplinen in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin hat zur Folge, dass Mitarbeiter einer pädiatrischen Subdisziplin im Stellenplan nicht zwangsläufig fest einer spezialisierten Fachabteilung zugeordnet sind. Vielmehr sind sie Teil des Stellenplans des Gesamt- Kinderzentrums. Dieser Punkt kann somit keine notwendige Bedingung für die Definition eines Zentrums im Kontext der konservativen oder operativen Kinder- und Jugendmedizin sein. Auf der anderen Seite ist aus Sicht einer kindgerechten medizinischen Betreuung in Organzentren spezifisch qualifiziertes Personal für die medizinische und psychosoziale Betreuung der Kinder und Jugendlichen separat auszuweisen.

Des Weiteren stellen wir mit Bedauern fest, dass bei der Definition verschiedener Zentren, z.B. für Lungen- oder Nierenerkrankung oder bei Schlaganfall- und Transplantationszentren, Kinder und Jugendliche nicht mit einem Wort erwähnt werden. Dieses verkennt auf grösste Weise die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen aus diesen Fachgebieten, die einer hochspezialisierten Betreuung bedürfen.

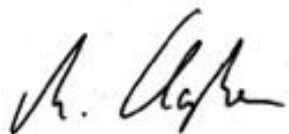
Ein weiterer kritischer Punkt ist die Beschränkung der von Zentren erbrachten Leistungen auf stationäre Leistungen. Gerade die Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistung in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der (chronisch) kranken Kinder und Jugendlichen in ihr soziales und schulisches Umfeld von entscheidender Bedeutung. Daher ist z.B. die Beschränkung der Behandlung rheumakrankter Kinder und Jugendliche auf das stationäre Umfeld undenkbar. Selbst in der Kinderonkologie oder der Transplantationsmedizin sind stationäre, teilstationäre und ambulante Leistung so eng ineinander verwoben, dass die Zentrumsleistungen nicht sinnvoll auf die stationären Leistungen beschränkt werden können.

Besonders komplex kranke Kinder und Jugendliche sind auch ambulant auf koordinierte Betreuung durch mehrere pädiatrische Subdisziplinen in den Zentren angewiesen. An verschiedenen Stellen wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass Zentren entweder klinische Studien oder Register leiten oder zumindest aktiv daran teilnehmen sollen. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die Leitung von Registern und Studien in der Kinder- und Jugendmedizin in der Regel in den jeweiligen (Subdisziplin-) Fachgesellschaften verankert ist und durch diese zugeteilt wird.

Sicherlich ist es absolut notwendig, von Zentren der Spitzenmedizin eine aktive Teilnahme an Registern und Studien zu fordern. Voraussetzung ist aber nicht die Leitung; die Verpflichtung zur Teilnahme könnte hingegen spezifischer ausformuliert werden, z.B. in Form einer angemessenen Registrierungsquote (Beispiel: Zertifizierung (Kinder-) onkologischer Zentren). Abschließend wollen wir auf den häufig verwandten Begriff des Standortes nach §2a, (1) KHG eingehen. Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem interdisziplinären Teams arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht unmittelbar am eigenen Standort verortet sind (z.B. Humangenetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes erscheint hier an vielen Stellen nicht sinnvoll.

Gerne stehen wir als Ansprechpartnerin für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Martin Claßen
1. Vorsitzender

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE),
in Zusammenarbeit mit:
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh),
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH),
Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN),
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD),
Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR),
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP)

23.09.2019

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Besondere Aufgaben / Grundsätze der besonderen Aufgaben		
Zu § 3, Abs. 6 GKV-SV/KBV/PatV	Ursprungstext: <i>Die besonderen Aufgaben sind <u>abschließend</u> in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert.</i> Änderungsvorschlag: Die besonderen Aufgaben sind in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert.	Für den Kinderbereich fehlen Zentrumsdefinitionen hier in den Anlagen, s.u., daher sind die besonderen Aufgaben im Kinderbereich auch nicht abschließend konkretisiert. Vorschlag: Streichen von „abschließend“ in der GKV-Version. Länder können besondere Aufgaben zuweisen, auch zukünftig. Sie können und sollen auch Zentren mit besonderen Aufgaben benennen. Im Kinderbereich gibt es in einigen Ländern noch Regelungsbedarf; in vielen Bundesländern sind Zentren (z.B. für Seltene Erkrankungen, für Kinderonkologie...) nicht im Krankenhausplan ausgewiesen.

§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben		
Zu § 4 Abs. 3 GKV-SV	Ursprungstext: <i>Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.</i> Ergänzungsvorschlag: <u>Die besonderen Aufgaben können allerdings auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.</u> Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.	In dem Entwurf werden nur „besondere Aufgaben von Zentren“ konkretisiert, die zuschlagfähig sind, sofern sie nicht anderweitig vergütet werden. D.h., dass in einem vom Land benannten z.B. Kinderzentrum auch ambulante Leistungen erbracht werden dürfen. Aber es gibt für die unmittelbare Patientenversorgung keine Zuschläge aus diesem Regelwerk. Zu konkretisieren wäre bei der GKV-Variante, dass zuschlagfähig auch Leistungen sind, die nicht der unmittelbaren stationären Patientenversorgung zuzuordnen sind.
§ 5 Qualitätsanforderungen / Grundsätze von Qualitätsanforderungen		
Zu § 5 Abs. 2 GKV-SV/KBV	Ursprungstext: <i>Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt.</i> Änderungsvorschlag: Streichung von Abs. 2	Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem interdisziplinären Teams arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht unmittelbar am eigenen Standort verortet sind (z.B. Humangenetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes gemäß der Definition von Krankenhausstandorten in der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG erscheint hier und an vielen weiteren Stellen des vorgelegten Beschlussentwurfs nicht sinnvoll.
Zu § 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2		
Zu § 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2 GKV-SV/PatV / KBV	Ursprungstext GKV-SV/PatV + KBV: <i>Eine Fachabteilung liegt vor, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</i> <i>1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.</i> <i>2. Angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der</i>	Die gleichlautende Definition einer Fachabteilung bei der „umfassenden“ stationären Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen nach §25 Modul Kinder ist sinnvoll und in der in der zugehörigen G-BA-Richtlinie vorliegenden Form auch angemessen. Aber für die Definition von übergeordneten Qualitätsanforderungen aller künftig „zuschlagfähigen Zentren“ ist dies für den Kinderbereich überzogen. Die Zentren sind vielmehr in der Regel in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet und stellen nicht zwangsläufig eigene Fachabteilungen dar.

	<i>Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden am 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.</i> Änderungsvorschlag: Definition Fachabteilung Abs. 3 Nr. 1 und Nr. 2 hier streichen!	Wir schlagen vor diesen Passus hier zu streichen und ggf. bei der Definition einzelner Zentren mit „zuschlagfähigen besonderen Aufgaben“ nach Überprüfung im Einzelfall aufzunehmen. Darüber hinaus ist zu fordern, dass auch Zentren, die nicht in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet sind, eine ausgewiesene personelle Ausstattung und Infrastruktur aufweisen, die eine kind- und familiengerechte Betreuung entsprechend der EACH Charta ermöglicht.
Zu § 5 Abs. 6 GKV / KBV / PatV	Wir unterstützen die Textvariante der DKG: <i>Der Zugang zum Krankenhaus und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. Barrierefreiheit ist anzustreben.</i>	Wir alle wünschen uns einen barrierefreien Zugang zu Untersuchungsräumen und eine behindertengerechte Ausstattung eines Krankenhauses. Allerdings hat das inhaltlich nicht viel mit der hier zu regelnden Konkretisierung besonderer Aufgaben zu tun – es sei denn, dass die Umsetzung und deren Finanzierung selbst zu einer besonderen Aufgabe erklärt wird. Daher schlagen wir eine zurückhaltende Formulierung vor, um gute Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden.

Grundsätzliche Kommentare zu den Anlagen:

nicht vorhanden	Änderungsvorschlag: Ergänzung einer weiteren Anlage, die eine Dachstruktur „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ konkretisiert.	Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen. Entsprechend der EACH Charta und der Kinderrechtekonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ definiert sind. Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie

Anlage 3 zu den Tragenden Gründen

		den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen. Unter der fehlenden Definition von „Zentren für Kinder- und Jugendlichemedizin“ sollen breit aufgestellte Kinderzentren definiert werden, die als Mittelpunkt eines Netzwerks für die konservative und operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen „besondere Aufgaben“ in einer Region wahrnehmen (besondere Fachexpertise, besondere technische Ausstattung, Beratung, Fortbildung, Transport, Registerpflege, PDCA, Erarbeitung SOPs, etc). Vergleichbar dem G-BA-Beschluss für das Gestufte System der stationären Notfallversorgung - §25 Kindermodul - stellen diese wenigen Kliniken das Rückgrat der Kinderversorgung in Deutschland dar. Die einzelnen Standorte halten jeweils mehrere – durchaus unterschiedliche - Subspezialitäten für die Kinderversorgung vor und sind als Zentren auch untereinander und über die Landesgrenze hinaus gut vernetzt. Neben den einzelnen pädiatrischen Zentren kann es weitere organspezifische Zentrumsdefinitionen für Kinder und Jugendliche geben, z.B. für die Kinderonkologie, die Kinderrheumatologie oder Kinderschmerztherapie). Wir bitten Sie daher die Anlage um die Dachstruktur der Kinderversorgung „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ zu erweitern. Eine Umsetzung in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer ist noch unvollständig.

Zu Anlage I – Seltene Erkrankungen (S. 13ff.)

§ 1 Qualitätsanforderungen		
Registerdokumentation: GKV-SV/PatV (2) 2.f. DKG (4)	Ursprungstext GKV-SV/PatV: <i>das Fachzentrum erhebt zu jeder/jedem am Zentrum versorgten Patientin oder Patienten mit einer oder mehreren seltenen Erkrankungen Daten, die es entweder über ihr Referenzzentrum oder direkt an ein anerkanntes nationales oder internationales krankheits-/krankheitsgruppenspezifisches Register meldet, soweit ein solches Register vorhanden ist.</i> Ursprungstext DKG: <i>Das Zentrum dokumentiert Forschungsdaten für am Zentrum versorgte Patientinnen oder Patienten in bestehenden krankheits- oder krankheitsgruppenspezifischen Patientenregistern.</i> Änderungsvorschlag: Das Zentrum vermittelt die Dokumentation der Daten der an den B- Zentren versorgten Patientinnen und Patienten in bestehende nationale bzw. internationale Krankheits- und Krankheitsgruppen-spezifische Register, soweit diese nicht direkt vom B-Zentrum dokumentiert werden. Die Meldung setzt voraus, dass die Patientin/der Patient/die Sorgeberechtigten einer solchen Dokumentation zugestimmt haben.	Eine Meldung an Register darf nur mit Einverständnis der Patientin/des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreter erfolgen. Der Ursprungstext des GKV-SV bzw. der Patientenvertreter könnte so ausgelegt werden, dass wirklich jede Patientin bzw. jeder Patient in ein Register gemeldet werden muss.
Externe Typ B-Zentren GKV-SV/PatV (2) 3.	Ursprungstext: <i>Übernahme der koordinierenden Aufgaben für mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) anderer Krankenhäuser, die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert,</i> Änderungsvorschlag:	Diese Aufgabe des A-Zentrums kann keine Voraussetzung für die Anerkennung als Zentrum für Seltene Erkrankungen sein. Allerdings sollte die Anbindung externer Typ B-Zentren an die Typ A-Zentren unterstützt werden. Diese Überlegungen gründen sich auf die folgenden Punkte: 1) Externe Typ B-Zentren müssen dieselben Qualitätskriterien erfüllen wie die internen Typ B-Zentren. Aktuell gibt es kaum Einrichtungen, die als ein externes Typ B-Zentrum in Frage kämen, eine Anerkennung als Zentrum für Seltene Erkrankungen würde mit der vorgeschlagenen Regelung in Deutschland verhindert.

	Entfällt an dieser Stelle unter §1 Qualitätsanforderungen und wird modifiziert in §2 Besondere Aufgaben aufgenommen (siehe auch weiter unten: <i>„Übernahme der koordinierenden Aufgaben für ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern, insbesondere mit einem oder mehreren krankheitsspezifischen oder krankheitsgruppenspezifischen Fachzentren anderer Krankenhäuser (externe Typ B-Zentren), die die unter §1 (2) genannten Kriterien für integrierte Typ B-Zentren erfüllen. Die Einbindung des Zentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.“</i>	2) Die Aufgaben des Typ A-Zentrums in Verbindung mit einem externen Typ B-Zentrum (u.a. Qualitätssicherung, koordinierender Aufgaben, ggf. die Meldung an Register) setzt einen hohen Grad an Einblicken und ggf. Kontrollmöglichkeiten durch das Typ A-Zentrum voraus, welche vertraglich zwischen den Trägern der Zentren geregelt werden müssten. Dies wird von den Trägern potentieller externer Typ B-Zentren nach unserer Erfahrung oft nicht gewünscht. 3) Es gibt einige Fachzentren für die Betreuung von Patienten mit definierten Seltenen Erkrankungen an Einrichtungen mit ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, aber ohne ein Typ A-Zentrum vor Ort. Diese Fachzentren sollten als externe Typ B-Zentren an ein Typ A-Zentrum angeschlossen werden können. Diese Anbindung sollte unterstützt werden.
Mindestfallzahl 5.000 Fälle mit SE GKV-SV (4) 1.	Ursprungstext: <i>Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer,</i> Änderungsvorschlag: 1. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Fälle mit der Haupt- oder Nebendiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer, sobald eine rechtlich verbindliche Fassung des Musterdatensatzes vom DIMDI verfügbar ist und die Daten im Rahmen des §301-Datensatzes an die Krankenkassen übermittelt werden können.	Mindestfallzahlen sind sinnvoll, um die entsprechende breite Expertise in einem Typ A-Zentrum und des zugehörigen Krankenhauses abzubilden. Allerdings enthält der Vorschlag des GKV-SV zwei kritische Punkte: 1) Aktuell können nur wenige Seltene Erkrankungen mit dem ICD-10 eindeutig kodiert werden. Der Datensatz zur Kodierung über Alpha-ID-SE ist vom DIMDI liegt noch nicht in einer rechtsverbindlichen Fassung vor. Auch werden Alpha-ID-SE und Orphanetkennnummern nicht im Rahmen des §301-Datensatzes übertragen. Eine Erfassung und Zählung der Patienten mit Seltenen Erkrankungen ist daher aktuell nicht möglich. Daher muss es für die Erfüllung der Mindestfallzahlen eine Übergangsregelung geben. 2) Die Forderung nach der Kodierung von „Hauptdiagnosen“ ist bei Seltenen Erkrankungen nicht umsetzbar. Die deutschen Kodierrichtlinien verhindern in aller Regel (Ausnahme: Mukoviszidose), dass Seltene Erkrankungen als Hauptdiagnose verschlüsselt werden können. Ein Beispiel: bei Schwangerschaft mit Phenylketonurie und Stoffwechselentgleisung ist die Schwangerschaft Hauptdiagnose, nicht die Phenylketonurie.

		Die Nennung von „Fällen“ statt „Patientinnen und Patienten“ im Änderungsvorschlag hat den Hintergrund, dass die koordinierende Arbeit und Expertise des Zentrums bei jedem stationären Aufenthalt einer Patientin bzw. eines Patienten gebraucht wird und ggf. nicht nur einmal jährlich. Auch werden in den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser (siehe „<i>Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser</i>“) Fallzahlen und nicht Patientenzahlen gefordert.
Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für Humangenetik GKV-SV / KBV (2) 4./3.	Ursprungstext: <i>Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik) am Standort des Zentrums.</i> Änderungsvorschlag: Sowohl eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin wie auch ein Team mit klinischer humangenetischer Expertise, welches unter Leitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Humangenetik steht, sind am Standort des Zentrums vorhanden.	Eine Fachabteilung bzw. eine Klinik für Pädiatrie ist für die Diagnose von Patienten mit unklarer Diagnose sowie die spezialisierte stationäre Behandlung insbesondere im Rahmen der Erstdiagnose unerlässlich, da sich die meisten Seltenen Erkrankungen in der (frühen) Kindheit manifestieren und dort diagnostiziert werden. Auch ist die klinische Symptomatik bei Diagnosestellung in der Pädiatrie nicht selten so bedrohlich, dass eine stationäre Aufnahme in einer Klinik mit viel Expertise zur Stabilisierung und Einleitung einer Therapie erforderlich wird. Im vom Innovationsfonds geförderten Projekt TRANSLATE-NAMSE sind mehr als 90% der Neudiagnosen neudiagnostizierten Patienten mit einer Seltenen Erkrankung Kinder und Jugendliche. Die Formulierung im Textentwurf des GKV-SV zur Humangenetik („<i>Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik)</i>“) ist missverständlich, der Begriff „Institut für medizinische Humangenetik“ sollte entfallen. Dies gründet sich auf die folgenden Punkte: • Die Bezeichnung „Institut für medizinische Humangenetik“ tragen nur wenige humangenetische Institute in Deutschland, obwohl viele andere dieselben Funktionen übernehmen. • Die Institute für (medizinische) Humangenetik haben zum Teil ihren Schwerpunkt sehr grundlagenforschungsorientiert. Für die Patientenversorgung insbesondere bei unklaren Diagnosen ist jedoch der direkte Zugang zu einer klinisch erfahrenen Fachärztin bzw. einem klinisch erfahrenen Facharzt für Humangenetik sowie bioinformatische Expertise vor Ort wichtig.

		Auch wird bei Betrachtung der tragenden Gründe des GKV-SV zu diesem Punkt (vergl. Anlage 2 – Tragende Gründe; Seiten 28 unten & 29 oben) deutlich, dass der Vorschlag des GKV-SV nicht auf das Vorhandensein eines Instituts für medizinische (klinische) Humangenetik am Standort zielte, sondern auf ein Team mit humangenetischer Expertise am Standort, so dass durch den Wegfall des Begriffes „Institut für medizinische Humangenetik“ die Intention des GKV-SV zu diesem Punkt nicht verändert wird. Wir bitten auch zu beachten, dass ein Institut für (medizinische) Humangenetik am Standort (baulich maximal 2 km vom A Zentrum entfernt, zum selben Klinikum gehörig) als Qualitätskriterium verhindern würde, dass viele der großen und etablierten Zentren für Seltene Erkrankungen die Qualitätsanforderungen erfüllen können.
Lotse KBV-SV / KBV (2) 5./4. PatV (2) 5. DKG (2) 7.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Werktägliche (Montag - Freitag) Verfügbarkeit einer Lotsin oder eines Lotsen, die oder der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.</i> Ursprungstext PatV: <i>Das A Zentrum verfügt über eine parallele Struktur in der Pädiatrie und Erwachsenenmedizin mit einer SE-Lotsin oder einem SE-Lotsen, die oder der auch administrative Unterstützung erhält. Das Zentrum hat Zugang zu einem Institut oder Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik, und mindestens einer Medizininformatikerin oder einem Medizininformatiker im Krankenhaus. Diese sollten werktägliche (Montag - Freitag) verfügbar sein.</i> Ursprungstext DKG: <i>Einsatz einer ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsin oder eines ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsen oder</i>	Begründung: Aufgrund der Anfragen sowohl zu pädiatrischen als auch zu erwachsenen Patienten muss für die Lotsenfunktion die Expertise für beide Altersbereiche vorliegen. Eine werktägliche Erreichbarkeit ist für die zeitnahe Versorgung der Patienten wichtig.

	<i>Koordinatorin oder Koordinators zur Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten.</i> Änderungsvorschlag: Das A Zentrum verfügt über eine interdisziplinäre Koordinationsexpertise. Hierzu zählt eine/ein medizinische/r Koordinator/in mit Beteiligung der Pädiatrie und der Erwachsenenmedizin und mit administrativer Unterstützung durch eine Lotsin bzw. einen Lotsen und ist werktätig (Montag - Freitag) zur Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit verfügbar.	
Forschung GKV-SV/KBV/PatV (3)	Ursprungstext GKV-SV/KBV/PatV: <i>Forschungstätigkeit</i> 1. <i>Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren, sowie internationale Vernetzung mit anderen Experten- und Referenzzentren und</i> 2. <i>Mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren).</i> Änderungsvorschlag: <u>Dieser Punkt wird um einen weiteren Punkt ergänzt:</u> 3. <i>Integration in ein universitäres Zentrum mit nachgewiesener Forschungs- und Lehrtätigkeit zu seltenen Erkrankungen</i>	Patienten mit Seltener Erkrankung, für die auch im Zentrum zunächst keine Diagnose gestellt werden kann und oft verdächtige Varianten in der Exomdiagnostik als Ergebnis der Diagnostik haben, brauchen für die weitere Aufarbeitung Ihres Krankheitsfalles den direkten Zugang zu wissenschaftlich tätigen Experten; insbesondere aus der Humangenetik aber auch aus den forschenden fachspezifischen B-Zentren. Auch für klinische Studien und nicht zuletzt für die Ausbildung von Studierenden ist ein universitäres Zentrum notwendig.
§ 2 Besondere Aufgaben		
Fallkonferenzen GKV-SV 1. PatV 2. KBV 4. DKG 5.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese</i>	Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten mit Seltene Erkrankungen erfordern eine besondere Expertise. Diese Fallkonferenzen finden bisher auch im eigenen Krankenhaus sehr selten in strukturierter Form statt und wurden <u>nicht</u> in der Kalkulation der DRGs durch das InEK berücksichtigt. Natürlich profitieren die Patientinnen und Patienten des eigenen Krankenhauses auch von der Durchführung strukturierter Fallkonferenzen. Bei Annahme des Textvorschlages des GKV-SV bzw. der KBV würden externe Krankenhäuser bei stationärer Versorgung von Menschen mit

	<i>Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Ursprungstext KBV: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Ursprungstext PatV: <i>Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser insbesondere mit anderen Mitgliedern des eigenen ERNs ebenso wie transversal mit anderen ERNs. Außerdem die Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten des jeweiligen A-Zentrums, wenn Ärztinnen oder Ärzte aus anderen B-Zentren, aus anderen Bereichen des Krankenhauses (nicht für die Seltenen) oder anderer Krankenhäuser beteiligt sind.</i> Ursprungstext DKG: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i>	Seltenen Erkrankungen diese Leistung zusätzlich zum DRG-Erlös erhalten, während für Patienten des Krankenhauses, in dem das A Zentrum angesiedelt ist, die Kosten für die Fallkonferenz aus den DRG-Erlösen zu finanzieren wären. Das würde zu einer Zunahme stationär versorgter Patienten in Krankenhäusern ohne A Zentrum führen, was das Konzept der Zentrenbildung konterkarieren würde. Im Rahmen von Fallkonferenzen werden oft Beratungsleistungen für andere Leistungserbringer erbracht, bevor es ggf. zu einem stationären Aufenthalt kommt (z.B. Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bei pränatal diagnostizierter Fehlbildung incl. Frage nach der Planung von pränataler Intervention, Planung der Geburt bzgl. Zeitpunkt und Ort sowie Planung des postnatalen Vorgehens). Diese im Zusammenhang mit einem zukünftigen stationären Aufenthalt stehenden Leistungen bedürfen der besonderen Expertise des Zentrums.

	Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten des eigenen Krankenhauses und andere Krankenhäuser und zur Abklärung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes vor evtl. stationärer Aufnahme. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden. Die genannten Leistungen sind auch im Rahmen der Betreuung von in Deutschland Krankenversicherten zu erbringen, die über die Strukturen eines ERNs betreut werden	
Fort- & Weiterbildungen GKV-SV 2. KBV 1. PatV 1. DKG 1.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen</i> Ursprungstext KBV: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über</i>	Wenn eine Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltung zu einer oder mehreren Seltenen Erkrankungen vom Zentrum organisiert wird, sollten auch Mitarbeiter des eigenen Hauses und die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen (dürfen). Dadurch wird die Kompetenz in der Betreuung der Patientengruppen gestärkt, die kooperative Betreuung gestärkt und Schnittstellenprobleme adressierbar. Die Zusammenarbeit mit den für die Fortbildung relevanten Selbsthilfeorganisationen erlaubt zusätzliche Einblicke in die Krankheitsbilder und mögliche Schnittstellenprobleme und verbessert damit den Lernerfolg.

	<i>Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.</i> Ursprungstext PatV: <i>Durchführung von einrichtungsinternen und externen Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen, möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen.</i> Ursprungstext DKG: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.</i> Änderungsvorschlag: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des eigenen Krankenhauses, anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen, möglichst in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen.</i>	
Telemedizin GKV-SV 5. PatV 2.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Erbringung zentrumsspezifischer tele-medizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</i>	Beratungsleistungen und Fallkonferenzen werden bereits an anderer Stelle geregelt (siehe oben: GKV-SV 1., KBV 4., DKG 5.).

DKG 2.	Ursprungstext PatV: <i>Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser insbesondere mit anderen Mitgliedern des eigenen ERNs ebenso wie transversal mit anderen ERNs. Außerdem die Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten des jeweiligen A-Zentrums, wenn Ärztinnen oder Ärzte aus anderen B-Zentren, aus anderen Bereichen des Krankenhauses (nicht für die Seltenen) oder anderer Krankenhäuser beteiligt sind.</i> Ursprungstext DKG: <i>Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</i> Vorschlag: Annahme des Textes des GKV-SV bzw. der DKG.	
Register GKV-SV/KBV 6./2. DKG / PatV 3.	Ursprungstext GKV-SV & KBV: <i>Registererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für seltene Erkrankungen.</i> Ursprungstext DKG & PatV: <i>a) Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für die seltenen Erkrankungen, die im Zentrum betreut werden, unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.</i>	Nicht nur der Aufbau, sondern auch die Meldungen an Register sind mit sehr viel Arbeit verbunden, die nicht Teil der aktuellen Krankenhausfinanzierung sind. Da Krankenhäuser ohne Zentrum für Seltene Erkrankungen keine Registermeldungen übernehmen werden, ist auch nicht anzunehmen, dass hier in Zukunft eine Finanzierung auf anderem Wege verfügbar wird.

	<i>b) Befüllen von nationalen oder internationalen interoperablen erkrankungs(gruppen)spezifischen/ Registern oder Datenbanken soweit vorhanden</i> Vorschlag: Annahme des Textes der DKG / PatV	
Lotse / Koordinator GKV-SV 7. PatV 4.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Vorhaltung eines Koordinators, der die Koordination zwischen den Fachzentren (B) innerhalb des Referenzzentrums (A) sowie außerhalb zu anderen Referenzzentren (A) und anderen Fachzentren (B) oder anderen Mitgliedern des Europäischen Referenznetzwerkes übernimmt sowie eines ärztlichen Lotsen, der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.</i> Ursprungstext PatV: <i>Vorhalten einer oder eines SE-Lotsin/SE-Lotsen, die/der auch administrativ unterstützt wird. Der SE-Lotse ist der erste Ansprechpartner für den Patienten und/oder Haus-/Kinder-/Facharzt. Er überprüft formell alle Unterlagen und fordert fehlende Unterlagen an. Er dokumentiert und koordiniert alle Schritte des Patientenpfades. Er übernimmt die Lotsenfunktion, um Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Diagnostik- oder Therapiebedarf an die richtige Stelle im System zu steuern (intern und an andere Einrichtungen bundesweit, ggf. europaweit). Der SE-Lotse ist vorzugsweise ein Arzt oder Ärztin.</i> Ursprungstext DKG: <i>Einsatz von ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsinnen oder Lotsen oder Koordinatorinnen oder Koordinatoren.</i> Änderungsvorschlag: Annahme des Textes des GKV-SV.	Der Textvorschlag des GKV-SV beschreibt am konkretesten die Aufgaben sowie die damit verbundene, vorzuhaltende Personalstruktur.

Technische Angebote DKG 6.	Ursprungstext: Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten. Vorschlag: Keine Änderung, <u>Vorschlag der DKG in §2 Aufgaben aufnehmen.</u>	Gerade für Seltene Erkrankungen muss Spezialdiagnostik zum Teil in kürzester Zeit verfügbar sein (Beispiel V.a. schweren Immundefekt bei positivem Neugeborenenenscreening, Stoffwechselerkrankungen). Diese Vorhaltung übernehmen einzelne Krankenhäuser für viele weitere, auch andere universitäre Einrichtungen.
Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe PatV 7. GKV 7.	Ursprungstext PatV: <i>Für die strukturierte Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden verbindliche Ansprechpersonen eingesetzt, die z.B. auf Angebote der Selbsthilfe hinweisen, gemeinsame Informationen zur Verfügung stellen, Veranstaltungen und Sprechstunden organisieren und eine Beteiligung an der Erarbeitung von Leitlinien ermöglicht.</i> Ursprungstext DKG: <i>Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen (z.B. Beratung und Weitergabe von Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörige, Einladungen zu Informationsveranstaltungen, Information über aktuelle Entwicklungen).</i> Vorschlag: <u>Vorschlag der DKG in §2 Aufgaben aufnehmen.</u>	Die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen ist bei Seltenen Erkrankungen für eine optimale Versorgung der Betroffenen essentiell. Die Zusammenarbeit sollte strukturiert sein.
Netzwerk andere Krankenhäuser DKG 10. Textbaustein Externe B-Zentren Siehe oben bei	Ursprungstext DKG: <i>Management eines Netzwerks von Krankenhäusern</i> Änderungsvorschlag: Übernahme der koordinierenden Aufgaben für ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern, insbesondere mit einem oder mehreren krankheitsspezifischen oder krankheitsgruppenspezifischen Fachzentren anderer Krankenhäuser (externe Typ B-Zentren), die die unter §1 (2) genannten Kriterien für integrierte Typ B-Zentren	Die Anbindung externer Typ B-Zentren mit der Übernahme damit verbundener Aufgaben sollte ebenso wie das Management eines Netzwerks aus Krankenhäusern unterstützt werden. Siehe auch Begründung zum Punkt des GKV-SV und der PatV (§1 (2) 3.)

GKV-SV/PatV §1 (2) 3.	erfüllen. Die Einbindung des Zentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.	
Personal mit besonderer Qualifikation PatV 8. DKG 11. DKG 12.	Ursprungstext PatV: <i>Die ganzheitliche Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen stellt besondere Anforderungen an die bedarfsbezogene Beratung und Vermittlung von ergänzenden Therapien und Hilfsangeboten. Zuschlagsfähig ist die Vorhaltung von Personal mit einer spezifischen Qualifikation für die Wahrnehmung dieser Aufgabe.</i> Ursprungstext DKG 11.: <i>Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote).</i> Ursprungstext DKG 13.: <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.</i> Vorschlag: Vorschlag den Text der PatV oder der Punkte 11. und 13. der DKG in § 2 Aufgaben aufzunehmen.	Die Vorhaltung von Personal mit besonderer Fachexpertise insbesondere auch zur Vermittlung zu Hilfsangeboten ist für Menschen mit Seltenen Erkrankungen essentiell, da die üblichen Hilfsangebote im ambulanten und stationären Sektor oft den Erfordernissen bei Seltenen Erkrankungen nicht gerecht werden und ein großes Detailwissen sowohl zu den Bedürfnissen des Betroffenen als auch zu den Hilfsangeboten erfordern.

Zu Anlage II – Onkologische Zentren (S. 36ff.) – Verantwortlich: GPOH

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Qualitätsanforderungen		
(1) a) GKV-SV/KBV/PatV	Ursprungstext: <i>Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.</i> Änderungsvorschlag: Löschung der 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.	Es gibt keine fachlichen Gründe, eine 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen zu fordern; dem Fach fehlt der Notfallcharakter. Eine pathologische Diagnostik ist zudem an die Laborgestützte Aufarbeitung der Proben gebunden. Daher wird diese Vorgabe auch folgerichtig von der Deutschen Krebsgesellschaft nicht einmal für Comprehensive Cancer Centers gefordert.
(1) c) GKV-SV/KBV/PatV/LV und DKG	Ursprungstext: <i>GKV-SV/KBV/PatV/LV: Sofern kideronkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen.</i> DKG: <i>Sofern kinderhämato-onkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen. Ausgenommen</i>	Besondere Aufgaben wie sie nachfolgend in §2 formuliert werden, fallen in den die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllenden Zentren unabhängig von der Fallzahl an. Bspw. werden Leistungen der Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen Referenzdiagnostik, wie in §2 Punkt 8./9. von GKV-SV und DKG gemeinsam formuliert, auch von Zentren erbracht, die weniger als 30 Zentrumsfälle pro Jahr erbringen. Es gibt für die Qualität der Kinderonkologie in Deutschland keine belastbaren Zahlen, die eine Korrelation von Qualität mit der Fallzahl für die G-BA-Richtlinie erfüllenden Zentren zeigen. Somit kann eine Mindestfallzahl hier nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden.

	von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie. Änderungsvorschlag: Sofern kideronkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erfüllen.	
(2) DKG (S.38/3)	Ursprungstext: <i>(2) <u>Besondere personelle und fachliche Anforderungen Psychoonkologische Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Psychologen (Diplom/Master) oder Ärzte jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung.</u></i> Änderungsvorschlag: Die Aufnahme dieses von der DKG formulierten Punktes wird unterstützt.	Gemäß der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) § 4 (6) ist ein angemessener Psychosozialdienst Voraussetzung für eine spezifische pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung.
(3) GKV-SV (S.39/4)	Ursprungstext: <i>a) <u>Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und</u></i> <i>b) <u>Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa</u></i> Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG: Das Zentrum wirkt an krankheits oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.	Punkt a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren ist unscharf formuliert. Es ist nicht klar, ob hier für die Erfüllung des Punktes jährlich ein Konsensuspapier oder eine Leitlinie veröffentlicht werden muss; im Bereich der Kinderonkologie, in dem >90% der Patienten in Therapieoptimierungsstudien behandelt werden, ist die Teilnahme an diesen multizentrischen Studien und die Erfüllung der entsprechenden Protokollvorgaben wesentlich, Leitlinien und Konsensuspapiere sind hier von untergeordneter Bedeutung. Der Punkt bietet zu dem Fehlanreize, die dazu führen könnten, dass die Anzahl der Teilnehmer in Leitliniengremien stark ansteigt, was die Arbeit dieser Gremien behindern könnte.

Kooperationen: (4) GKV-SV / (5) DKG	Ursprungstext: <i>GKV-SV/KBV/PatV/LV: Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.</i> <i>DKG: Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Ebene.</i> Änderungsvorschlag: Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen mit Ausnahme der Kinderonkologie unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.	Die Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten erfolgt sektorenübergreifend in kinderonkologischen Zentren, welche die Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) erfüllen. Eine Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten auf vertragsärztliche Ebene findet in Deutschland nicht statt.
(5) GKV-SV / (6) DKG Tab. 1 (S.42/7)	Ursprungstext: <i>Kinderonkologie: Kinder unter 18 Jahren ICD C00-C97 ohne C44; 30 Zentrumsfälle</i> Änderungsvorschlag: Streichen des Punktes Kinderonkologie in der Tabelle (einschließlich ICD-10 Nummern, Neuerkrankungen und Zentrumsfälle)	Durch die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie sind Qualitätskriterien für die Behandlung pädiatrisch-onkologischer Patienten erstellt worden. Dies hat zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Zentren in der Kinderonkologie geführt. Es gibt keine belastbaren Zahlen für Deutschland, die zeigen, dass in den Zentren, welche die Anforderungen der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllen, eine Korrelation zwischen Qualität und Fallzahl besteht (s.a. Begründung zu §1 (1)c). Primär sollte daher wie in der Gesetzesvorlage gefordert, die Aufstellung von Qualitätsanforderungen durch den G-BA erfolgen. Die zudem in der Tabelle genannten ICD-10 Ziffern entsprechen nicht denen in der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie. Beispielsweise fehlen die ICD-10 Ziffern für niedrig-maligne Hirntumoren, die einer interdisziplinären Behandlung mit einer oft mehrmonatigen Chemotherapie bedürfen oder die myelodysplastischen Syndrome, die teilweise eine allogene Stammzelltransplantation erfahren.

§ 2 Besondere Aufgaben		
1. GKV-SV, KBV und DKG	Ursprungstext: GKV <i>Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> KBV: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> DKG: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: <i>Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese</i>	Der Änderungsvorschlag übernimmt den Part der GKV, der spezifiziert, dass die Leistungen wie Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, interdisziplinären Fallkonferenzen oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, auch einzeln möglich sind und nicht zwingend in ihrer Gesamtheit erforderlich sind. Des Weiteren wird die Formulierung der DKG übernommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgegeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kideronkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

	zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	
2.) GKV-SV/LV und KBV/PatV	Ursprungstext: GKV-SV/LV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen</i> KBV/PatV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen</i> Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG	Da die Behandlung pädiatrisch-hämato-onkologischer Patienten sektorenübergreifend von kinderonkologischen Zentren erbracht wird, ist eine Einbindung von Vertragsärzten in regelmäßige strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen nicht zwingend erforderlich. Ebenso ist es wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.

4. GKV-SV /KBV/PatV	Ursprungstext: GKV-SV /KBV/PatV <i>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des onkologischen 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; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:</i> - Darstellung des Onkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie bzw. der Fachärzte mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen oder Patienten anderer Krankenhäuser), - Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, - Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, - Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen onkologischen Zentren und - Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet. Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG	Die Formulierung der DKG fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren. Während der Text der DKG ohne weiteres auf die Kinderonkologie übertragbar ist, wären bspw. beim Punkt „Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte“ hier nicht die Onkologen, sondern Kinderonkologen zu nennen, statt der Chirurgen, die Kinderchirurgen, zudem wäre ein Kinderradiologe zu spezifizieren. Ebenso wären bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen wie bspw. die Zertifizierung von Stammzelltransplantationseinheiten nach JACIE, nicht in der Definition von GKV-SV /KBV/PatV enthalten.

7. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde konkret zu benennenden Registers.</i> Änderungsvorschlag: Streichung des Passus	Die Erstellung von Registern erfolgt aufgrund medizinischer Charakteristika, der zu erfassenden Patientenpopulationen; durch den medizinischen Fortschritt kommt es hier zu Neudefinitionen von Patientengruppen, die in bestimmten Registern erfasst werden und von besonderen Behandlungsformen profitieren können. Eine Benennung dieser Register durch eine Landesbehörde ist nicht notwendig und führt zu vermehrtem Verwaltungsaufwand. Die Meldung von Patienten mit onkologischen Diagnosen ist ohnehin bereits durch das Krebsregistergesetz verpflichtend geregelt, unabhängig von der Diagnosestellung in einem onkologischen Zentrum.
7. GKV-SV	Ursprungstext: GKV-SV <i>Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)</i> Änderungsvorschlag: Übernahme des Passus der DKG	Der Passus der DKG beinhaltet hier zusätzlich psychoonkologische Leistungen. Insbesondere in der Kinderonkologie liegen bei großem Teil der Patienten und deren betroffenen Familien außergewöhnliche Belastungen vor, die einer intensiven psychosozialen Betreuung durch Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen bedarf (s.a. §4 (6), KiOn-RL).
8./9. GKV-SV/DKG	Ursprungstext: GKV-SV/DKG <i>Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.</i> Änderungsvorschlag: Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien	Die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie fordert, wenn immer möglich, die Teilnahme pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten an Therapieoptimierungsstudien (§6 (1) KiOn-RL). Während bei Kindern der Anteil an Patienten in Therapieoptimierungsstudien i.R. bei > 90% liegt, ist er bspw. bei Erwachsenen mit soliden Tumoren um die 20%. Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind. Dabei sind insbesondere folgende durch Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien bedingte Mehrkosten zu nennen: 1. Regelmäßige Dokumentation und Berichterstattung der Diagnostik und Therapie an die Studienleitung (§6 (1) KiOn-RL) 2. Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend den Vorgaben in den Studienprotokollen (§5 (5) KiOn-RL)

	und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik, inklusive der damit verbundenen Aufwendungen der an den Therapieoptimierungsstudien teilnehmenden Kliniken.	3. Regelmäßige Teilnahme an Treffen der Studiengruppen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien (§5 (6) KiOn-RL)
10. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Fachspezifische Qualifizierungsmaßnahmen für die Ausbildung besonders geschulter onkologischer und palliativmedizinischer Fachpflegekräfte.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie zur Qualitätssicherung muss das kinderonkologische Pflorgeteam mindestens 2 Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Onkologie aufweisen (§4 (4) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Qualifizierungsmaßnahmen für besonders geschulte onkologische Fachkräfte für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
13. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Als Beispiel ist hier die Vorhaltung von Reinrumlaboren zur Verarbeitung von Stammzelltransplantaten bei autologen und allogenen Stammzelltransplantationen zu nennen.
14. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie muss das pädiatrisch-onkologische Zentrum über einen eigenen Rufdienst verfügen (§4 (3) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Vorhaltung eines kinderonkologischen Rufdienstes für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

Zu Anlage III – Traumazentren (S. 48ff.)

	Bei der Definition der Traumazentren begrüßen wir ausführlich die spezifische Berücksichtigung der Kindertraumatologie und halten die Definition entsprechend des Weißbuchs für sinnvoll. Hier wollen wir darauf hinweisen, dass im Oktober 2019 eine Neuauflage erscheinen wird.	

Zu Anlage IV – Rheumatologische Zentren (S.58ff.) – Verantwortlich: GKJR

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage IV, Punkt 1a, Version PatV (Seite 59) analog Anlage IV, Punkt 4a, Version DKG und Punkt 5a, Version GKV-SV	Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie: a) Fachdisziplin innerhalb einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, oder Fachabteilung unter Pädiatrischer Leitung innerhalb eines Zentrums für Rheumatologie	1. Dankenswerter Weise erfolgt die Nennung eines notwendigen multiprofessionellen Teams (mit Psychosozialem Dienst, Kinder-Physiotherapie). 2. Vorrangig ist vor allem eine interdisziplinäre, kindgerechte und fachärztliche Versorgung der Kinder auf hohem Niveau sicher zu stellen. Die Krankheiten in der Kinderreumatologie sind häufig entzündliche Systemerkrankungen. Ebenso wie in den Definitionen für Erwachsenen-Rheumatologie ist daher die Versorgung durch Kinderärzte mit Expertise in verschiedenen Spezialgebieten (z.B. Kinderkardiologie, Kindernephrologie, Kinderpneumologie, Kindergastroenterologie, Kinderneurologie, Kinderradiologie, Intensivmedizin) von großer Bedeutung. Diese Versorgung sollte im Zentrum möglich sein, was bei Kinder- und Jugendkliniken in aller Regel auch gegeben ist. Bei Fachabteilungen innerhalb anderer Einrichtungen sollte die Zusammenarbeit mit entsprechenden Pädiatrischen

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		Spezialisten schriftlich geregelt sein. Ebenso sollte die nötigenfalls mögliche Notfallversorgung (24/7) sicher gestellt werden. 3. Die Kinderrheumatologie ist an wenigen Standorten innerhalb einer Klinik als eine eigenständige Fachabteilung, dann sollte eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum vorhanden sein. Diese pädiatrischen Fachabteilungen müssen so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.
Anlage IV, Punkt 1a, Version PatV (Seite 59)	b) Mindestens zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Rheumatologie am Standort	Ein kinderrheumatologisches Zentrum mit nur einem zertifizierten Kinderrheumatologen kann den Qualitätsansprüchen nicht genügen. Es muss auch im Krankheits-/Urlaubs-/Vertretungsfall jeweils mindestens ein qualifizierter Kinderrheumatologe im Haus sein.
Anlage IV, Punkt 4a/b, Version DKG analog Anlage IV, Punkt 5, Version GKV-SV und Punkt 4a, Version PatV (alle ab Seite 64)	Mindestfallzahlen Kinderrheumatologie: Versorgung von mind. 200 Patienten, davon wenigstens 50 in stationärer Betreuung jährlich mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren. Bei stationären Behandlungen als Folge einer rheumatologischen Erkrankung kann diese auch Nebendiagnose sein.	Die Kinderrheumatologie hat in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der kranken Kinder in ihr soziales Umfeld von entscheidender Bedeutung. Daher ist die Beschränkung der Behandlung rheumakrankter Kinder und Jugendliche auf das stationäre Umfeld undenkbar. Die in §2 genannten besonderen Aufgaben werden überwiegend für die (Weiter-)Betreuung ambulanter Patienten erfüllt. Dieser Situation sollte bei Festlegungen von Mindestfallzahlen Rechnung getragen werden. Die Diagnosenlisten sind nicht deckungsgleich. Bezogen auf die ICD-10 Diagnosenliste der PatV sind zu ergänzen: A69.2 Lyme Krankheit D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose F45. Chronische Schmerzstörung H20.0 akute Iridozyklitis H20.1 chronische Iridozyklitis I37.1 Pericarditis

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		I73.0 Raynaud Syndrom K50. Crohn Krankheit K51. Colitis ulcerosa L40.5 Psoriasis arthropathie L93.0 discoider Lupus erythematodes L94.1 Lineare Sklerodermie L95.6 Cutane Vaskulitis M00.90 Septische Arthritis M79. Panniculitis R05.9 Fieber A69.0 Familiäres Mittelmeerfieber / Fiebersyndrome neue ICD)
Zu § 2 Besondere Aufgaben:		
Punkt 1, Version GKV-SV analog Punkt 1, Version DKG und Version KBV/PatV (alle S. 68)	Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. „Kinderrheuma-Boards“) mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als konsiliarische Dienstleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Die ambulanten Patienten sollen unbedingt in die besonderen Aufgaben mit aufgenommen werden. Denn hier werden ja in den interdisziplinären Besprechungen gerade auch Patienten besprochen, die entweder noch nicht stationär waren (zur Planung) oder anschließend ambulant weiter betreut werden. Es handelt sich um chronische Erkrankungen, bei denen die Weiterbehandlung im ambulanten Setting mindestens so wichtig ist wie die (Akut-)Behandlung im stationären Bereich. Gerade dafür sind die interdisziplinären Konferenzen unabdingbare Steuerungsinstrumente.

Zu Anlage V – Herzzentren (S. 74ff.)

	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.	

Zu Anlage VI – Schlaganfallzentren (S.85ff.)

Zu Anlage VII – Lungenzentren (S. 89ff.)

	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.	

Zu Anlage XIII– Sonstige ausgewiesene Zentren (S. 93ff

Verantwortlich: Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V.

Zu § 1 Qualitätsanforderung	Es fehlt die Definition eines Bauch-Zentrums für Kinder und Jugendliche. Dieses beinhaltet konservativ und operative Erkrankungen des Verdauungstraktes und der Leber. Insbesondere fachübergreifend zu behandelnde Erkrankungen wie angeborene Fehlbildungen (z.B. Atresien, Bauchwanddefekte), Gallengangsatresie und viele seltene und komplexe, chronische Erkrankungen (z.B. Kurzdarmsyndrom, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, intestinale Neuro- oder Myopathien). Es gelten hier die spezifischen Anforderungen an ein Zentrum für Kinder und Jugendliche (siehe allg. Teil). Kindergastroenterologen und Kinderchirurgen sind neben anderen Spezialisten (Kinderradiologen, Ernährungsfachkräfte u.a.) obligatorisch für das pädiatrische Bauch-Zentrum.	Kinder und Jugendliche haben andere oder anders verlaufende Erkrankungen, und bedürfen modifizierter oder anderer diagnostischer Verfahren und therapeutischer Strategien, die den Entwicklungsstand des Kindes oder einzelner Organe berücksichtigen.
Zu § 2 Besondere Aufgaben:	Das Bauch-Zentrum für Kinder und Jugendliche nimmt eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation des Patienten und seiner Familie wahr.	

Zu Anlage VIII – Nephrologische Zentren (S.97ff.) – Verantwortlich: Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie

Zu § 1 Qualitätsanforderungen	Es fehlt die Definition eines Nephrologischen Zentrums für Kinder- und Jugendliche, die wir an dieser Stelle einfordern.	Angeborene und erworbene Erkrankungen der Nieren und des Harntraktes bei Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen unterscheiden sich grundlegend vom Erkrankungsspektrum erwachsener Patienten.

	Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche sind interdisziplinär aufgestellt und arbeiten zur vollumfänglichen Behandlung mit den Fächern Kinderurologie, Kinderchirurgie, Transplantationschirurgie, pädiatrische Intensivmedizin sowie allen anderen pädiatrischen Subdisziplinen zusammen. Eine Dialyseeinrichtung für Kinder- und Jugendliche am Zentrum dient der akuten und chronischen Behandlung von Nierenversagen, Entgiftungen, Stoffwechselentgleisungen, sowie Plasmapheresen und Immunabsorptionsverfahren schwerer spezieller immunologischer Erkrankungen. Hierzu ist ein regionaler organisierter Informationsaustausch auf zu bauen und Behandlungspfade fest zu legen. Regional besteht eine Zusammenarbeit und ein Netzwerk mit anderen Kinderkliniken, um Beratungen, Fortbildungen und Zusammenarbeit bei klinischen Studien zu gewährleisten. Vorstadien von Nierenversagen sollen so rechtzeitig nach Absprachen in die Zentren zu Dialysebehandlung oder zur Abwehr von Dialysebehandlungen verlegt werden. Eine Rückübernahme muss nach erfolgreicher Behandlung jederzeit möglich sein. Daten von seltenen oder komplizierten Erkrankungen werden in Registern erfasst. Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche müssen einem Transplantationszentrum angeschlossen sein, um die Indikationsstellung zur Transplantation und die Pflege der Wartelisten zu gewährleisten.	Kinder mit Erkrankungen der Nieren und Ableitenden Harnwege werden ausschließlich in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin behandelt und nicht in Organzentren oder Abteilungen für Erwachsenen Nephrologie. Das Spektrum der Erwachsenen Erkrankungen ist überwiegend erworben (z.B. Diabetische Nephropathie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), während Pädiatrisch Nephrologische Erkrankungen überwiegen angeboren, genetische Ursachen einschließlich Stoffwechselstörungen aufweisen. Der besondere Schwerpunkt liegt auf der Sicherstellung von Wachstum, Entwicklung und Vorbereitung für die soziale Integration. Die Behandlung soll in einem kindgerechten Setting erfolgen. Eine besondere Ausweisung von Kindernefrologischen Zentren neben Erwachsenen Zentren ist zur Qualitätssicherung dringlich erforderlich.
Zu § 2 Besondere Aufgaben	Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche verpflichten sich der ganzheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Familien orientierten psychosomatischen und psychologischen Situation. Sie nehmen in Deutschland regionale Aufgaben wahr und verpflichten sich zudem zur Vernetzung untereinander zur Förderung von Wissenschaftlichem	

	Fortschritt, Registern und zur Durchführung von Klinische Studien.	

Zu Anlage IX – Transplantationszentren (S. 100ff.)

Zu § 1 Qualitätsanforderungen	Zentren , in denen Kinder-/Jugendliche eine Organtransplantation erhalten sollen, müssen die spezifischen Aspekte von Medizin für Kinder und Jugendliche (siehe Allgemeinteil) vollumfänglich erfüllen. Es bedarf organspezifischer Qualitätsanforderungen für pädiatrische Transplantationszentren (i.d.R. Subzentren übergeordneter Transplantationszentren).	Beispielhaft kann hier die Definition von Zentren für Lebertransplantationen von Kindern und Jugendlichen, wie sie von Melter et al 2007 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde (Melter M et al, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 23; A1-A7; 2007), herangezogen werden.
Zu § 2 Besondere Aufgaben	Entsprechend der Eingaben des GKV-SV (Abs. 1-5) nehmen Zentren für die Organtransplantation von Kindern und Jugendlichen organspezifisch die besonderen Aufgaben von Transplantationszentren für alle entsprechenden Kinder und Jugendliche wahr.	

Zu Anlage X – Kinderonkologische Zentren (S. 103ff.) – Verantwortlich: GPOH

Zu § 1 Qualitätsanforderungen GKV-SV	Ursprungstext: GKV-SV <i>Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kideronkologischen Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das kideronkologische Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als kideronkologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein</i>	Da in den Ländern unterschiedliche Kriterien zur Aufnahme einer kideronkologischen Abteilung in den Landeskrankenhausplan angelegt werden, die Kriterien zu einem großen Teil für die Kinderonkologie nicht zutreffend sind, muss die Forderung des GKV-SV abgelehnt werden, dass die derzeit in den Landeskrankenhausplänen geltenden Qualitätsanforderungen bis zur Formulierung für die Kinderonkologie geltenden Forderungen zum 31.12.2020 weiter gültig sind (s.a. Stellungnahme/Begründung zu §3 (8) GKV). Aus dem gleichen Grund kann die Ausweisung im Landeskrankenhausplan vor dem 1.1.19 nicht Voraussetzung für ein kideronkologisches Zentrum sein, zumal aktuell in

	Änderungsvorschlag: Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kideronkologischen Zentren. Bis dahin gilt übergangsweise die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 1.5.2006, zuletzt geändert am 7.11.2018. Eine Ausweisung im Landeskrankenhausplan ist nicht Voraussetzung.	der Mehrzahl der Bundesländer noch keine Kinderonkologischen Zentren im Krankenhausplan ausgewiesen sind. Zudem wird im PpSG gefordert, dass der G-BA Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren beschließt; eine Ausweisung eines Zentrums im Landeskrankenhausplan stellt keine besondere Aufgabe dar.
Zu § 2 Besondere Aufgaben GKV-SV	Ursprungstext: <i>Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Im Änderungsvorschlag wird zusätzlich aufgenommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kideronkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind (s.a. Begründung zu Anlage II onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben, Punkt 1)

3. GKV	Ursprungstext: GKV-SV/LV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen</i> Änderungsvorschlag: Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen	Es ist wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.
4. GKV	Ursprungstext: <i>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</i> Änderungsvorschlag: Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise und Abgabe von Behandlungsempfehlungen	Die Unterstützer anderer Leistungserbringer erfolgt in der Kinderonkologie in der Hauptsache durch die Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise durch die Studienleitungen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien. Die Prüfung und Bewertung von Patientenakten ist hierzu nicht notwendig und wird nicht als qualitätsfördernd erachtet.

5. GKV	Ursprungstext: <i>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des kinderonkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:</i> <i>a. Darstellung des kinderonkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,</i> <i>b. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie,</i> <i>c. Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),</i> <i>d. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung,</i> <i>e. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,</i> <i>f. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen kinderonkologischen Zentren und</i> <i>g. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.</i> Änderungsvorschlag: Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner und spezieller Qualitätssicherungsverfahren und Darstellung derselben in einem jährlichen öffentlichen Bericht.	Die sich an die DKG anlehrende Formulierung (Anlage II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben, Punkt 10. DKG) fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren.

	Vorschlag Übernahme der Punkte 7 -17 aus Anhang II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge (s.o.)	S.o. Begründungen zu nachfolgenden Punkten von Anhang II, onkologische Zentren, § 2 Besondere Aufgaben: 7. DKG 7. GKV-SV 8./9. GKV-SV/DKG 10. DKG 13. DKG 14. DKG
	Vorschlag Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung.	Die Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung wird in der Richtlinie zur Kinderonkologie als Qualitätsmerkmal eines kinderonkologischen Zentrums gefordert (§5 (1)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung solcher abteilungsinterner Besprechungen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
	Vorschlag Regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikums Mainz	Die regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikum Mainz ist verpflichtend (§6 (2)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und eine Meldung erwachsener onkologischer Patienten nicht erfolgt, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)

13.09.2019

Zu § 3 Besondere Aufgaben

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
LV (8)	Ursprungstext: <i>Der G-BA wird fortwährend besondere Aufgaben weiterer Zentren konkretisieren und sich dabei an den bisher erfolgten Ausweisungen von Zentren und deren besonderen Aufgaben orientieren. Für alle nicht in den Anlagen I bis VII geregelten Arten von Zentren, die durch die Länder vor dem 1. Januar 2021 im Landeskrankenhausplan eines Bundeslandes ausgewiesen worden sind, gelten übergangsweise die Qualitätsanforderungen der Länder, soweit im jeweiligen Land vorhanden, bis der G-BA Qualitätsanforderungen im Rahmen der Konkretisierung der besonderen Aufgaben dieser Art von Zentren beschlossen hat; dies gilt längstens bis zum 31. Dezember 2024.</i> Änderungsvorschlag: Der G-BA wird fortwährend besondere Aufgaben weiterer Zentren konkretisieren und sich dabei an den bisher erfolgten Ausweisungen von Zentren und deren besonderen Aufgaben orientieren. Für alle nicht in den Anlagen I bis VII geregelten Arten von Zentren mit Ausnahme der Kinderonkologie, gelten übergangsweise	Die Ausweisung im Landeshauskrankenhausplan als kinderonkologisches Zentrum erfolgt in den verschiedenen Bundesländern uneinheitlich. Während bspw. in Hessen und Baden-Württemberg antragsstellenden Kliniken die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan in einem formlosen, einstufigen Antragsverfahren rasch möglich war, ist in anderen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen ein mehrstufiges, sich über Monate hinziehendes Verfahren die Regel. Ist für die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan in Baden-Württemberg die Erfüllung der Checkliste zur GBA-Richtlinie Kinderonkologie ausreichend, so beinhaltet das Antragsverfahren in NRW die komplette Erfüllung von Punkten, die der Anlage aus dem Schiedsverfahren zum Az. 3/2016 vom 08.12.2016 (Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung)) entnommen sind. Die da aufgeführten Punkte sind zum großen Teil für die Qualität eines kinderonkologischen Zentrums irrelevant, zudem ist in der Schiedsvereinbarung nicht die Erfüllung dieser Punkte in ihrer Gesamtheit gefordert. Des Weiteren ist die Bewilligung eines Antrags auf Ausweisung im Landeskrankenhausplan länderabhängig. So wurde bspw. der Antrag des Uniklinikums Mainz, das die einzige universitäre und gleichzeitig größte kinderonkologische Abteilung in Rheinland-Pfalz aufweist, in den Krankenhausplan abgelehnt, ebenso wie der Antrag des UKSH in Kiel.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	die Qualitätsanforderungen der Länder, soweit im jeweiligen Land vorhanden, bis der G-BA Qualitätsanforderungen im Rahmen der Konkretisierung der besonderen Aufgaben dieser Art von Zentren beschlossen hat; dies gilt längstens bis zum 31. Dezember 2024. Für die Kinderonkologie gilt übergangsweise die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 1.5.2006, zuletzt geändert am 7.11.2018	
Zu § 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
(3) GKV-SV, KBV	Ursprungstext: <i>GKV-SV: Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor. KBV: Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen. Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.</i> Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG	Die Versorgung der Patienten im Bereich der pädiatrischen Onkologie erfolgt sektorenübergreifend. Dabei werden auch Leistungen im Sinne besonderer Aufgaben bei ambulanten Vorstellungen der Patienten erbracht, wie bspw. die Durchführung von Teilen der mit den Therapieoptimierungsstudien verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.

Zu § 5 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
(2) 3. GKV-SV	Ursprungstext: <i>GKV-SV: Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und</i> Änderungsvorschlag: Streichen des Punktes	Für die Erfüllung der vom G-BA formulierten besonderen Kriterien von Zentren ist nach dem PPSG nicht die Ausweisung einer Fachabteilung oder Zentrums im Landeskrankenhausplan Voraussetzung; vielmehr ist für die Ausweisung eines Zentrums im Landeskrankenhausplan umgekehrt die Erfüllung der vom G-BA definierten Kriterien Voraussetzung. Aufgrund der zwischen den Ländern heterogenen Praktiken der Aufnahme von Fachabteilungen in den Landeskrankenhausplan (s.a. Kommentar zu §3 (8)) würde die Aufnahme dieses Abschnittes zur ungleichen Behandlung von Krankenhäusern führen.
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
(1) c) GKV-SV/KBV/PatV/LV und DKG	Ursprungstext: <i>GKV-SV/KBV/PatV/LV: Sofern kideronkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen.</i> <i>DKG: Sofern kinderhämato-onkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen. Ausgenommen</i>	Besondere Aufgaben wie sie nachfolgend in §2 formuliert werden, fallen in den die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllenden Zentren unabhängig von der Fallzahl an. Bspw. werden Leistungen der Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen Referenzdiagnostik, wie in §2 Punkt 8./9. von GKV-SV und DKG gemeinsam formuliert, auch von Zentren erbracht, die weniger als 30 Zentrumsfälle pro Jahr erbringen. Es gibt für die Qualität der Kinderonkologie in Deutschland keine belastbare Zahlen, die eine Korrelation von Qualität mit der Fallzahl für die G-BA-Richtlinie erfüllenden Zentren zeigen. Somit kann eine Mindestfallzahl hier nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	<i>von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie.</i> Änderungsvorschlag: Sofern kinderonkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erfüllen.	
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
(2) DKG	Ursprungstext: <i>(2) <u>Besondere personelle und fachliche Anforderungen</u> Psychoonkologische Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Psychologen (Diplom/Master) oder Ärzte jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung.</i> Änderungsvorschlag: Die Aufnahme dieses von der DKG formulierten Punktes wird unterstützt.	Gemäß der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) § 4 (6) ist ein angemessener Psychosozialdienst Voraussetzung für eine spezifische pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
(3) GKV-SV	Ursprungstext: a) <i>Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und</i> b) <i>Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa</i> Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG: Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.	Punkt a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren ist unscharf formuliert. Es ist nicht klar, ob hier für die Erfüllung des Punktes jährlich ein Konsensuspapier oder eine Leitlinie veröffentlicht werden muss; im Bereich der Kinderonkologie, in dem >90% der Patienten in Therapieoptimierungsstudien behandelt werden, ist die Teilnahme an diesen multizentrischen Studien und die Erfüllung der entsprechenden Protokollvorgaben wesentlich, Leitlinien und Konsensuspapiere sind hier von untergeordneter Bedeutung. Der Punkt bietet zu dem Fehlanreize, die dazu führen könnten, dass die Anzahl der Teilnehmer in Leitliniengremien stark ansteigt, was die Arbeit dieser Gremien behindern könnte.
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
(4) GKV-SV / (5) DKG	Ursprungstext: GKV-SV/KBV/PatV/LV: <i>Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.</i> DKG: <i>Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Ebene.</i> Änderungsvorschlag: Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen mit Ausnahme der Kinderonkologie unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.	Die Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten erfolgt sektorenübergreifend in kideronkologischen Zentren, welche die Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) erfüllen. Eine Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten auf vertragsärztliche Ebene findet in Deutschland nicht statt.
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
(5) GKV-SV / (6) DKG Tab. 1	Ursprungstext: <i>Kinderonkologie: Kinder unter 18 Jahren ICD C00-C97 ohne C44; 30 Zentrumsfälle</i> Änderungsvorschlag: Streichen des Punktes Kinderonkologie in der Tabelle (einschließlich ICD-10 Nummern, Neuerkrankungen und Zentrumsfälle)	Durch die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie sind Qualitätskriterien für die Behandlung pädiatrisch-onkologischer Patienten erstellt worden. Dies hat zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Zentren in der Kinderonkologie geführt. Es gibt keine belastbaren Zahlen für Deutschland, die zeigen, dass in den Zentren, welche die Anforderungen der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllen, eine Korrelation zwischen Qualität und Fallzahl besteht (s.a. Begründung zu §1 (1)c). Primär sollte daher wie in der Gesetzesvorlage gefordert, die Aufstellung von Qualitätsanforderungen durch den G-BA erfolgen. Die zudem in der Tabelle genannten ICD-10 Ziffern entsprechen nicht denen in der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie. Beispielsweise fehlen die ICD-10 Ziffern für niedrig-maligne Hirntumoren, die einer interdisziplinären Behandlung mit einer oft mehrmonatigen Chemotherapie bedürfen oder die myelodysplastischen Syndrome, die teilweise eine allogene Stammzelltransplantation erfahren.
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1. GKV-SV, KBV und DKG	Ursprungstext: GKV <i>Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i>	Der Änderungsvorschlag übernimmt den Part der GKV, der spezifiziert, dass die Leistungen wie Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, interdisziplinären Fallkonferenzen oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, auch einzeln möglich sind und nicht zwingend in ihrer Gesamtheit erforderlich sind. Des Weiteren wird die Formulierung der DKG übernommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgegeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinder-onkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	KBV: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> DKG: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
2.) GKV-SV/LV und KBV/PatV	Ursprungstext: GKV-SV/LV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen</i> KBV/PatV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen</i> Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG	Da die Behandlung pädiatrisch-hämato-onkologischer Patienten sektorenübergreifend von kinderonkologischen Zentren erbracht wird, ist eine Einbindung von Vertragsärzten in regelmäßige strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen nicht zwingend erforderlich. Ebenso ist es wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
4. GKV-SV /KBV/PatV	Ursprungstext: GKV-SV /KBV/PatV <i>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des onkologischen 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; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:</i>	Die Formulierung der DKG fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren. Während der Text der DKG ohne weiteres auf die Kinderonkologie übertragbar ist, wären bspw. beim Punkt „Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte“ hier nicht die Onkologen, sondern Kinderonkologen zu nennen, statt der Chirurgen, die Kinderchirurgen, zudem wäre ein Kinderradiologe zu spezifizieren. Ebenso wären bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen wie bspw. die Zertifizierung von Stammzelltransplantationseinheiten nach JACIE, nicht in der Definition von GKV-SV /KBV/PatV enthalten.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	- Darstellung des Onkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie bzw. der Fachärzte mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen oder Patienten anderer Krankenhäuser), - Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, - Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, - Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen onkologischen Zentren und - Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet. Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG	
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
7. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde konkret zu benennenden Registers.</i> Änderungsvorschlag: Wegfall des Passus	Die Erstellung von Registern erfolgt aufgrund medizinischer Charakteristika, der zu erfassenden Patientenpopulationen; durch den medizinischen Fortschritt kommt es hier zu Neudefinitionen von Patientengruppen, die in bestimmten Registern erfasst werden und von besonderen Behandlungsformen profitieren können. Eine Benennung dieser Register durch eine Landesbehörde ist nicht notwendig und führt zu vermehrtem Verwaltungsaufwand.

Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
7. GKV-SV	Ursprungstext: GKV-SV <i>Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)</i> Änderungsvorschlag: Übernahme des Passus der DKG	Der Passus der DKG beinhaltet hier zusätzlich psychoonkologische Leistungen. Insbesondere in der Kinderonkologie liegen bei großem Teil der Patienten und deren betroffenen Familien außergewöhnliche Belastungen vor, die einer intensiven psychosozialen Betreuung durch Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen bedarf (s.a. §4 (6), KiOn-RL).
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
8./9. GKV-SV/DKG	Ursprungstext: GKV-SV/DKG <i>Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.</i> Änderungsvorschlag: Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen	Die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie fordert, wenn immer möglich, die Teilnahme pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten an Therapieoptimierungsstudien (§6 (1) KiOn-RL). Während bei Kindern der Anteil an Patienten in Therapieoptimierungsstudien i.R. bei > 90% liegt, ist er bspw. bei Erwachsenen mit soliden Tumoren um die 20%. Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind. Dabei sind insbesondere folgende durch Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien bedingte Mehrkosten zu nennen: 1. Regelmäßige Dokumentation und Berichterstattung der Diagnostik und Therapie an die Studienleitung (§6 (1) KiOn-RL) 2. Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend den Vorgaben in den Studienprotokollen (§5 (5) KiOn-RL)

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Referenzdiagnostik, inklusive der damit verbundenen Aufwendungen der an den Therapieoptimierungsstudien teilnehmenden Kliniken.	3. Regelmäßige Teilnahme an Treffen der Studiengruppen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien (§5 (6) KiOn-RL)
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
10. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Fachspezifische Qualifizierungsmaßnahmen für die Ausbildung besonders geschulter onkologischer und palliativmedizinischer Fachpflegekräfte.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie zur Qualitätssicherung muss das kinderonkologische Pfltegeteam mindestens 2 Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Onkologie aufweisen (§4 (4) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Qualifizierungsmaßnahmen für besonders geschulte onkologische Fachkräfte für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
13. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Als Beispiel ist hier die Vorhaltung von Reinrumlaboren zur Verarbeitung von Stammzelltransplantaten bei autologen und allogenen Stammzelltransplantationen zu nennen.
Zu Anlage II Onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
14. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie muss das pädiatrisch-onkologische Zentrum über einen eigenen Rufdienst verfügen (§4 (3) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Vorhaltung eines kinderonkologischen Rufdienstes für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
Zu Anlage X Kinderonkologische Zentren § 1 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
GKV-SV	Ursprungstext: GKV-SV <i>Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das kinderonkologische Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als kinderonkologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein</i> Änderungsvorschlag: Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gilt übergangsweise die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämatonkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 1.5.2006, zuletzt geändert am 7.11.2018. Eine Ausweisung im Landeskrankenhausplan ist nicht Voraussetzung.	Da in den Ländern unterschiedliche Kriterien zur Aufnahme einer kinderonkologischen Abteilung in den Landeskrankenhausplan angelegt werden, die Kriterien zu einem großen Teil für die Kinderonkologie nicht zutreffend sind, muss die Forderung des GKV-SV abgelehnt werden, dass die derzeit in den Landeskrankenhausplänen geltenden Qualitätsanforderungen bis zur Formulierung für die Kinderonkologie geltenden Forderungen zum 31.12.2020 weiter gültig sind (s.a. Stellungnahme/Begründung zu §3 (8) GKV). Aus dem gleichen Grund kann die Ausweisung im Landeskrankenhausplan vor dem 1.1.19 nicht Voraussetzung für ein kinderonkologisches Zentrum sein. Zudem wird im PpSG gefordert, dass der G-BA Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren beschließt; eine Ausweisung eines Zentrums im Landeskrankenhausplan stellt keine besondere Aufgabe dar.
Zu Anlage X Kinderonkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1. GKV	Ursprungstext: <i>Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Im Änderungsvorschlag wird zusätzlich aufgenommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind (s.a. Begründung zu Anlage II onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben, Punkt 1)
Zu Anlage X Kinderonkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
2. GKV	Ursprungstext: GKV-SV/LV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen</i> Änderungsvorschlag: Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen	Es ist wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.
Zu Anlage X Kinderonkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
4. GKV	Ursprungstext: <i>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</i> Änderungsvorschlag: Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise und Abgabe von Behandlungsempfehlungen	Die Unterstützer anderer Leistungserbringer erfolgt in der Kinderonkologie in der Hauptsache durch die Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise durch die Studienleitungen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien. Die Prüfung und Bewertung von Patientenakten ist hierzu nicht notwendig und wird nicht als qualitätsfördernd erachtet.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu Anlage X Kinderonkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
5. GKV	Ursprungstext: <i>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des kinderonkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:</i> <i>a. Darstellung des kinderonkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,</i> <i>b. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie,</i> <i>c. Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),</i> <i>d. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung,</i>	Die sich an die DKG anlehrende Formulierung (Anlage II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben, Punkt 10. DKG) fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren.

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	<i>e. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,</i> <i>f. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen kinderonkologischen Zentren und</i> <i>g. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.</i> Änderungsvorschlag: Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner und spezieller Qualitätssicherungsverfahren und Darstellung derselben in einem jährlichen öffentlichen Bericht.	
Zu Anlage X Kinderonkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Neu:	Vorschlag Übernahme der Punkte 7 -17 aus Anhang II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge (s.o.)	S.o. Begründungen zu nachfolgenden Punkten von Anhang II, onkologische Zentren, § 2 Besondere Aufgaben: 7. DKG 7. GKV-SV 8./9. GKV-SV/DKG 10. DKG 13. DKG 14. DKG

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Neu: GPOH	Vorschlag Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung	Die Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung wird in der Richtlinie zur Kinderonkologie als Qualitätsmerkmal eines kinderonkologischen Zentrums gefordert (§5 (1)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung solcher abteilungsinterner Besprechungen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
Neu: GPOH	Vorschlag Regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikum Mainz	Die regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikum Mainz ist verpflichtend (§6 (2)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und eine Meldung erwachsener onkologischer Patienten nicht erfolgt, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.



GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE PNEUMOLOGIE e.V.

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. - Geschäftsstelle
Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung u. veranlasste Leistungen
Herrn Prof. Josef Hecken
Herrn Dirk Hollstein

Per Mail an: AufgabenZS@g-ba.de

Präsident:

Prof. Dr. med. Matthias Kopp
Universität zu Lübeck
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Email: matthias.kopp@uksh.de

Berlin, den 23.09.19

Entscheidung des G-BA zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des KHEntgG

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit seitens der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP e.V.) am Stellungnahmeverfahren zu den Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten teilzunehmen.

Unsere Stellungnahme wurde gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und weiteren Fachgesellschaften aus dem Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ sowie der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) erarbeitet und abgestimmt. Zunächst möchten wir festhalten, dass wir die Definition von Zentren der Spitzenmedizin für eine sinnvolle Möglichkeit halten die Versorgungsqualität zu verbessern.

Vor einer weiteren Diskussion von sinnvollen Kriterien zur Definition von Zentren möchten wir zunächst darauf hinweisen, dass die Bezugnahme auf eine bereits erfolgte Festlegung von Zentren in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen als Grundvoraussetzung für die weitere Berücksichtigung der Zentren unzulässig ist. Die Landeskrankenhausplanung in den verschiedenen Bundesländern ist heterogen und sehr unterschiedlich weit vorangeschritten ist. Während in einigen Bundesländern, wie z.B. Bayern, zahlreiche der genannten Zentren bereits festgeschrieben und in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind, ist dieses in anderen Ländern wie u.a. Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz nicht der Fall.

Past President: Prof. Dr.med. Antje Schuster, Universitätsklinikum Düsseldorf, Zentrum f. Kinder- und Jugendmedizin, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Tel. 0211 / 8118297, E-Mail: schuster@med.uni-duesseldorf.de

Stellvertr. Präsident: Prof. Dr. med. Philippe Stock, Leitender Arzt Pädiatrie / Stellv. Ärztlicher Direktor, AKK Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. 040 / 88908-202, Email: Philippe.Stock@kinderkrankenhaus.net

Schriftführer: Dr. med. Nicolaus Schwerk, Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Tel. 0511/532-9137, Email: schwerk.nicolaus@mh-hannover.de

Schatzmeister: Priv.-Doz. Dr. med. Michael Barker, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin HELIOS Klinikum Emil von Behring, Walterhöferstr. 11, 14165 Berlin, Tel. 030/ 8102 1175, E-Mail: michael.barker@helios-gesundheit.de

Bankverbindung: Evangelische Bank Kassel, IBAN DE29 5206 0410 0005 0076 90, BIC GENO DEF 1EK1

Insofern darf die für verschiedene Zentren getroffene Stichtagsregelung nicht aufrechterhalten werden, zumal eine solche Regelung die Weiterentwicklung der Behandlungsangebote durch Aufbau neuer, prinzipiell geeigneter Zentren verhindern würde. Entsprechend sind auch finanzielle Zuschläge für Zentren bislang sehr unterschiedlich bewilligt worden, in vielen Bundesländern bislang noch gar nicht. Die Bezugnahme auf das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sehen wir in diesem Zusammenhang ebenfalls kritisch, da dieses die Definition von Zentren inhaltlich nicht berührt.

Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen. Entsprechend der EACH Charta und der Kinderrechtskonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer, psychischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ definiert sind.

Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen.

Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, wie z.B. Herzzentren, Lungen- oder Rheumakliniken o.a., dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.

Aus unserer Sicht ist daher die Definition von Fachabteilungen, z.B. auf Seite 9, kritisch zu kommentieren. Die Einbettung der pädiatrischen Subdisziplinen in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin hat zur Folge, dass Mitarbeiter einer pädiatrischen Subdisziplin im Stellenplan nicht zwangsläufig fest einer spezialisierten Fachabteilung zugeordnet sind. Vielmehr sind sie Teil des Stellenplans des Gesamt-Kinderzentrums. Dieser Punkt kann somit keine notwendige Bedingung für die Definition eines Zentrums im Kontext der konservativen oder operativen Kinder- und Jugendmedizin sein. Auf der anderen Seite ist aus Sicht einer kindgerechten medizinischen Betreuung in Organzentren spezifisch qualifiziertes Personal für die medizinische und psychosoziale Betreuung der Kinder und Jugendlichen separat auszuweisen.

Des Weiteren stellen wir mit Bedauern fest, dass bei der Definition verschiedener Zentren, insbesondere z.B. für Lungenerkrankung, Kinder und Jugendliche nicht mit einem Wort erwähnt werden. Dieses verkennt auf grösste Weise die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen aus diesen Fachgebieten, die einer hochspezialisierten Betreuung bedürfen.

Für die Zentrumsdefinition sind jährliche stationäre Behandlungszahlen ein ungenügendes Qualitätskriterium, da die Behandlung auch von komplex-lungenkranken Kindern nach Möglichkeiten ambulant erfolgt. Geeigneter wäre aus Sicht der GPP eine Definition von Zentren anhand von Ausstattungsmerkmalen (Bronchoskopie, Lungenfunktion einschließlich Gasauswaschverfahren, Verfügbarkeit MRT Lunge, Verfügbarkeit Thoraxchirurg etc.) und einem Qualifikationsnachweis der ärztlichen Mitarbeiter (z.B. mindestens zwei ausgebildete Kinderpneumologen). Um die Möglichkeit zu eröffnen, in bestimmten Regionen neue Kinderpneumologische Zentren zu etablieren, müssen Übergangsbestimmungen definiert sein, die eine Zentrumsgründung möglich machen, obwohl einzelne Kriterien für ein Zentrum noch nicht erfüllt sind. Der hochspezialisierten funktionellen und bildgebenden Diagnostik von Säuglingen und Kleinkindern muss in besonderer Weise Rechnung getragen werden.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Beschränkung der von Zentren erbrachten Leistungen auf stationäre Leistungen. Gerade die Kinder- und Jugendmedizin haben in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistung in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der (chronisch) kranken Kinder und Jugendlichen in ihr soziales und schulisches Umfeld von entscheidender Bedeutung. Stationäre, teilstationäre und ambulante Leistung sind so eng ineinander verwoben, dass die Zentrumsleistungen nicht sinnvoll auf die stationären Leistungen beschränkt werden können. Besonders komplex kranke Kinder und Jugendliche sind auch ambulant auf koordinierte Betreuung durch mehrere pädiatrische Subdisziplinen in den Zentren angewiesen.

An verschiedenen Stellen wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass Zentren entweder klinische Studien oder Register leiten oder zumindest aktiv daran teilnehmen sollen. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die Leitung von Registern und Studien in der Kinder- und Jugendmedizin in der Regel in den jeweiligen (Subdisziplin-) Fachgesellschaften verankert ist und durch diese zugeteilt wird. Sicherlich ist es absolut notwendig, von Zentren der Spitzenmedizin eine aktive Teilnahme an Registern und Studien zu fordern. Voraussetzung ist aber nicht die Leitung; die Verpflichtung zur Teilnahme könnte hingegen spezifischer ausformuliert werden, z.B. in Form einer angemessenen Registrierungsquote.

Abschließend wollen wir auf den häufig verwandten Begriff des Standortes nach §2a, (I) KHG eingehen. Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem interdisziplinären Teams arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht unmittelbar am eigenen Standort verortet sind (z.B. Humangenetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes erscheint hier an vielen Stellen nicht sinnvoll.

Gerne stehen wir als Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung und werden als GPP gerne an der Anhörung teilnehmen. Hierzu erwarten wir Ihre Einladung in den nächsten Tagen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink that reads "Matthias Kopp". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Kopp
Präsident der Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.
Christine Mewes
Robert-Koch-Platz 9 | 10115 Berlin | Tel: 030-293 64 096
Fax: 030-293 62 702 | gpp@pneumologie.de | <http://www.paediatrische-pneumologie.eu>

Sekretariat Lübeck: Katja Berg
Telefon: 0049 (0)451/50042991
Telefax: 0049 (0)451/50042814

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),
in Zusammenarbeit mit:
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh),
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH),
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE),
Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN),
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP),
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKind),
Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR),
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP)

23.09.2019

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Besondere Aufgaben / Grundsätze der besonderen Aufgaben		
Zu § 3, Abs. 6 GKV-SV/KBV/PatV	Ursprungstext: <i>Die besonderen Aufgaben sind <u>abschließend</u> in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert.</i> Änderungsvorschlag: Die besonderen Aufgaben sind in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert.	Für den Kinderbereich fehlen Zentrumsdefinitionen hier in den Anlagen, s.u., daher sind die besonderen Aufgaben im Kinderbereich auch nicht abschließend konkretisiert. Vorschlag: Streichen von „abschließend“ in der GKV-Version. Länder können besondere Aufgaben zuweisen, auch zukünftig. Sie können und sollen auch Zentren mit besonderen Aufgaben benennen. Im Kinderbereich gibt es in einigen Ländern noch Regelungsbedarf; in vielen Bundesländern sind Zentren (z.B. für Seltene Erkrankungen, für Kinderonkologie...) nicht im Krankenhausplan ausgewiesen.

§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben		
Zu § 4 Abs. 3 GKV-SV	Ursprungstext: Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor. Ergänzungsvorschlag: Die besonderen Aufgaben können allerdings auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören. Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.	In dem Entwurf werden nur „besondere Aufgaben von Zentren“ konkretisiert, die zuschlagfähig sind, sofern sie nicht anderweitig vergütet werden. D.h., dass in einem vom Land benannten z.B. Kinderzentrum auch ambulante Leistungen erbracht werden dürfen. Aber es gibt für die unmittelbare Patientenversorgung keine Zuschläge aus diesem Regelwerk. Zu konkretisieren wäre bei der GKV-Variante, dass zuschlagfähig auch Leistungen sind, die nicht der unmittelbaren stationären Patientenversorgung zuzuordnen sind.
§ 5 Qualitätsanforderungen / Grundsätze von Qualitätsanforderungen		
Zu § 5 Abs. 2 GKV-SV/KBV	Ursprungstext: Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt. Änderungsvorschlag: Streichung von Abs. 2	Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem interdisziplinären Teams arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht unmittelbar am eigenen Standort verortet sind (z.B. Humangenetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes gemäß der Definition von Krankenhausstandorten in der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG erscheint hier und an vielen weiteren Stellen des vorgelegten Beschlussentwurfs nicht sinnvoll.
Zu § 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2		
Zu § 5 Abs. 3 Nr. 1 und 2 GKV-SV/PatV / KBV	Ursprungstext GKV-SV/PatV + KBV: Eine Fachabteilung liegt vor, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:	Die gleichlautende Definition einer Fachabteilung bei der „umfassenden“ stationären Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen nach §25 Modul Kinder ist sinnvoll und in der in der zugehörigen G-BA-Richtlinie vorliegenden Form auch angemessen.

	1. <i>Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.</i> 2. <i>Angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden am 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.</i> Änderungsvorschlag: Definition Fachabteilung Abs. 3 Nr. 1 und Nr. 2 hier streichen!	Aber für die Definition von übergeordneten Qualitätsanforderungen aller künftig „zuschlagfähigen Zentren“ ist dies für den Kinderbereich überzogen. Die Zentren sind vielmehr in der Regel in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet und stellen nicht zwangsläufig eigene Fachabteilungen dar. Wir schlagen vor diesen Passus hier zu streichen und ggf. bei der Definition einzelner Zentren mit „zuschlagfähigen besonderen Aufgaben“ nach Überprüfung im Einzelfall aufzunehmen. Darüber hinaus ist zu fordern, dass auch Zentren, die nicht in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet sind, eine ausgewiesene personelle Ausstattung und Infrastruktur aufweisen, die eine kind- und familiengerechte Betreuung entsprechend der EACH Charta ermöglicht.
Zu § 5 Abs. 6 GKV / KBV / PatV	Wir unterstützen die Textvariante der DKG: <i>Der Zugang zum Krankenhaus und die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung müssen behindertengerecht sein. Barrierefreiheit ist anzustreben.</i>	Wir alle wünschen uns einen barrierefreien Zugang zu Untersuchungsräumen und eine behindertengerechte Ausstattung eines Krankenhauses. Allerdings hat das inhaltlich nicht viel mit der hier zu regelnden Konkretisierung besonderer Aufgaben zu tun – es sei denn, dass die Umsetzung und deren Finanzierung selbst zu einer besonderen Aufgabe erklärt wird. Daher schlagen wir eine zurückhaltende Formulierung vor, um gute Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden.

Grundsätzliche Kommentare zu den Anlagen:

nicht vorhanden	Änderungsvorschlag: Ergänzung einer weiteren Anlage, die eine Dachstruktur „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ konkretisiert.	Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen. Entsprechend der EACH Charta und der

		Kinderrechtekonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ definiert sind. Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen. Unter der fehlenden Definition von „Zentren für Kinder- und Jugendlichemedizin“ sollen breit aufgestellte Kinderzentren definiert werden, die als Mittelpunkt eines Netzwerks für die konservative und operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen „besondere Aufgaben“ in einer Region wahrnehmen (besondere Fachexpertise, besondere technische Ausstattung, Beratung, Fortbildung, Transport, Registerpflege, PDCA, Erarbeitung SOPs, etc). Vergleichbar dem G-BA-Beschluss für das Gestufte System der stationären Notfallversorgung - §25 Kindermodul - stellen diese wenigen Kliniken das Rückgrat der Kinderversorgung in Deutschland dar. Die einzelnen Standorte halten jeweils mehrere – durchaus unterschiedliche - Subspezialitäten für die Kinderversorgung vor und sind als Zentren auch untereinander und über die Landesgrenze hinaus gut vernetzt. Neben den einzelnen pädiatrischen Zentren kann es weitere organspezifische Zentrumsdefinitionen für Kinder und Jugendliche geben, z.B. für die Kinderonkologie, die Kinderrheumatologie oder Kinderschmerztherapie). Wir bitten Sie daher die Anlage um die Dachstruktur der Kinderversorgung „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ zu erweitern. Eine Umsetzung in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer ist noch unvollständig.

Zu Anlage I – Seltene Erkrankungen (S. 13ff.)

§ 1 Qualitätsanforderungen		
Registerdokumentation: GKV-SV/PatV (2) 2.f. DKG (4)	Ursprungstext GKV-SV/PatV: <i>das Fachzentrum erhebt zu jeder/jedem am Zentrum versorgten Patientin oder Patienten mit einer oder mehreren seltenen Erkrankungen Daten, die es entweder über ihr Referenzzentrum oder direkt an ein anerkanntes nationales oder internationales krankheits-/krankheitsgruppenspezifisches Register meldet, soweit ein solches Register vorhanden ist.</i> Ursprungstext DKG: <i>Das Zentrum dokumentiert Forschungsdaten für am Zentrum versorgte Patientinnen oder Patienten in bestehenden krankheits- oder krankheitsgruppenspezifischen Patientenregistern.</i> Änderungsvorschlag: Das Zentrum vermittelt die Dokumentation der Daten der an den B- Zentren versorgten Patientinnen und Patienten in bestehende nationale bzw. internationale Krankheits- und Krankheitsgruppen-spezifische Register, soweit diese nicht direkt vom B-Zentrum dokumentiert werden. Die Meldung setzt voraus, dass die Patientin/der Patient/die Sorgeberechtigten einer solchen Dokumentation zugestimmt haben.	Eine Meldung an Register darf nur mit Einverständnis der Patientin/des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreter erfolgen. Der Ursprungstext des GKV-SV bzw. der Patientenvertreter könnte so ausgelegt werden, dass wirklich jede Patientin bzw. jeder Patient in ein Register gemeldet werden muss.
Externe Typ B-Zentren	Ursprungstext:	Diese Aufgabe des A-Zentrums kann keine Voraussetzung für die Anerkennung als Zentrum für Seltene Erkrankungen sein. Allerdings sollte

GKV-SV/PatV (2) 3.	<i>Übernahme der koordinierenden Aufgaben für mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) anderer Krankenhäuser, die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert,</i> Änderungsvorschlag: <u>Entfällt an dieser Stelle</u> unter §1 Qualitätsanforderungen und wird modifiziert in §2 Besondere Aufgaben aufgenommen (siehe auch weiter unten: <i>„Übernahme der koordinierenden Aufgaben für ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern, insbesondere mit einem oder mehreren krankheitsspezifischen oder krankheitsgruppenspezifischen Fachzentren anderer Krankenhäuser (externe Typ B-Zentren), die die unter §1 (2) genannten Kriterien für integrierte Typ B-Zentren erfüllen. Die Einbindung des Zentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.“</i>	die Anbindung externer Typ B-Zentren an die Typ A-Zentren unterstützt werden. Diese Überlegungen gründen sich auf die folgenden Punkte: 1) Externe Typ B-Zentren müssen dieselben Qualitätskriterien erfüllen wie die internen Typ B-Zentren. Aktuell gibt es kaum Einrichtungen, die als ein externes Typ B-Zentrum in Frage kämen, eine Anerkennung als Zentrum für Seltene Erkrankungen würde mit der vorgeschlagenen Regelung in Deutschland verhindert. 2) Die Aufgaben des Typ A-Zentrums in Verbindung mit einem externen Typ B-Zentrum (u.a. Qualitätssicherung, koordinierender Aufgaben, ggf. die Meldung an Register) setzt einen hohen Grad an Einblicken und ggf. Kontrollmöglichkeiten durch das Typ A-Zentrum voraus, welche vertraglich zwischen den Trägern der Zentren geregelt werden müssten. Dies wird von den Trägern potentieller externer Typ B-Zentren nach unserer Erfahrung oft nicht gewünscht. 3) Es gibt einige Fachzentren für die Betreuung von Patienten mit definierten Seltenen Erkrankungen an Einrichtungen mit ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, aber ohne ein Typ A-Zentrum vor Ort. Diese Fachzentren sollten als externe Typ B-Zentren an ein Typ A-Zentrum angeschlossen werden können. Diese Anbindung sollte unterstützt werden.
Mindestfallzahl 5.000 Fälle mit SE GKV-SV (4) 1.	Ursprungstext: <i>Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer,</i> Änderungsvorschlag: 1. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Fälle mit der Haupt- oder Nebendiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer, sobald eine rechtlich verbindliche Fassung des Musterdatensatzes vom DIMDI verfügbar ist	Mindestfallzahlen sind sinnvoll, um die entsprechende breite Expertise in einem Typ A-Zentrum und des zugehörigen Krankenhauses abzubilden. Allerdings enthält der Vorschlag des GKV-SV zwei kritische Punkte: 1) Aktuell können nur wenige Seltene Erkrankungen mit dem ICD-10 eindeutig kodiert werden. Der Datensatz zur Kodierung über Alpha-ID-SE ist vom DIMDI liegt noch nicht in einer rechtsverbindlichen Fassung vor. Auch werden Alpha-ID-SE und Orphanetkennnummern nicht im Rahmen des §301-Datensatzes übertragen. Eine Erfassung und Zählung der Patienten mit Seltenen Erkrankungen ist daher aktuell nicht möglich. Daher muss es für die Erfüllung der Mindestfallzahlen eine Übergangsregelung geben. 2) Die Forderung nach der Kodierung von „Hauptdiagnosen“ ist bei Seltenen Erkrankungen nicht umsetzbar. Die deutschen Kodierrichtlinien verhindern in aller Regel (Ausnahme:

	und die Daten im Rahmen des §301-Datensatzes an die Krankenkassen übermittelt werden können.	Mukoviszidose), dass Seltene Erkrankungen als Hauptdiagnose verschlüsselt werden können. Ein Beispiel: bei Schwangerschaft mit Phenylketonurie und Stoffwechselentgleisung ist die Schwangerschaft Hauptdiagnose, nicht die Phenylketonurie. Die Nennung von „Fällen“ statt „Patientinnen und Patienten“ im Änderungsvorschlag hat den Hintergrund, dass die koordinierende Arbeit und Expertise des Zentrums bei jedem stationären Aufenthalt einer Patientin bzw. eines Patienten gebraucht wird und ggf. nicht nur einmal jährlich. Auch werden in den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser (siehe „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“) Fallzahlen und nicht Patientenzahlen gefordert.
Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für Humangenetik GKV-SV / KBV (2) 4./3.	Ursprungstext: <i>Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik) am Standort des Zentrums.</i> Änderungsvorschlag: Sowohl eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin wie auch ein Team mit klinischer humangenetischer Expertise, welches unter Leitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Humangenetik steht, sind am Standort des Zentrums vorhanden.	Eine Fachabteilung bzw. eine Klinik für Pädiatrie ist für die Diagnose von Patienten mit unklarer Diagnose sowie die spezialisierte stationäre Behandlung insbesondere im Rahmen der Erstdiagnose unerlässlich, da sich die meisten Seltenen Erkrankungen in der (frühen) Kindheit manifestieren und dort diagnostiziert werden. Auch ist die klinische Symptomatik bei Diagnosestellung in der Pädiatrie nicht selten so bedrohlich, dass eine stationäre Aufnahme in einer Klinik mit viel Expertise zur Stabilisierung und Einleitung einer Therapie erforderlich wird. Im vom Innovationsfonds geförderten Projekt TRANSLATE-NAMSE sind mehr als 90% der Neudiagnosen neudiagnostizierten Patienten mit einer Seltenen Erkrankung Kinder und Jugendliche. Die Formulierung im Textentwurf des GKV-SV zur Humangenetik („<i>Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik)</i>“) ist missverständlich, der Begriff „Institut für medizinische Humangenetik“ sollte entfallen. Dies gründet sich auf die folgenden Punkte: Die Bezeichnung „Institut für medizinische Humangenetik“ tragen nur wenige humangenetische Institute in Deutschland, obwohl viele andere dieselben Funktionen übernehmen.

		Die Institute für (medizinische) Humangenetik haben zum Teil ihren Schwerpunkt sehr grundlagenforschungsorientiert. Für die Patientenversorgung insbesondere bei unklaren Diagnosen ist jedoch der direkte Zugang zu einer klinisch erfahrenen Fachärztin bzw. einem klinisch erfahrenen Facharzt für Humangenetik sowie bioinformatische Expertise vor Ort wichtig. Auch wird bei Betrachtung der tragenden Gründe des GKV-SV zu diesem Punkt (vergl. Anlage 2 – Tragende Gründe; Seiten 28 unten & 29 oben) deutlich, dass der Vorschlag des GKV-SV nicht auf das Vorhandensein eines Instituts für medizinische (klinische) Humangenetik am Standort zielte, sondern auf ein Team mit humangenetischer Expertise am Standort, so dass durch den Wegfall des Begriffes „Institut für medizinische Humangenetik“ die Intention des GKV-SV zu diesem Punkt nicht verändert wird. Wir bitten auch zu beachten, dass ein Institut für (medizinische) Humangenetik am Standort (baulich maximal 2 km vom A Zentrum entfernt, zum selben Klinikum gehörig) als Qualitätskriterium verhindern würde, dass viele der großen und etablierten Zentren für Seltene Erkrankungen die Qualitätsanforderungen erfüllen können.
Lotse KBV-SV / KBV (2) 5./4. PatV (2) 5. DKG (2) 7.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Werktägliche (Montag - Freitag) Verfügbarkeit einer Lotsin oder eines Lotsen, die oder der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.</i> Ursprungstext PatV: <i>Das A Zentrum verfügt über eine parallele Struktur in der Pädiatrie und Erwachsenenmedizin mit einer SE-Lotsin oder einem SE-Lotsen, die oder der auch administrative Unterstützung erhält. Das Zentrum hat Zugang zu einem Institut oder Team für humangenetische Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik, und mindestens einer Medizininformatikerin oder einem Medizininformatiker im</i>	Begründung: Aufgrund der Anfragen sowohl zu pädiatrischen als auch zu erwachsenen Patienten muss für die Lotsenfunktion die Expertise für beide Altersbereiche vorliegen. Eine werktägliche Erreichbarkeit ist für die zeitnahe Versorgung der Patienten wichtig.

	<i>Krankenhaus. Diese sollten werktägliche (Montag - Freitag) verfügbar sein.</i> Ursprungstext DKG: <i>Einsatz einer ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsin oder eines ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsen oder Koordinatorin oder Koordinators zur Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten.</i> Änderungsvorschlag: Das A Zentrum verfügt über eine interdisziplinäre Koordinationsexpertise. Hierzu zählt eine/ein medizinische/r Koordinator/in mit Beteiligung der Pädiatrie und der Erwachsenenmedizin und mit administrativer Unterstützung durch eine Lotsin bzw. einen Lotsen und ist werktätlich (Montag - Freitag) zur Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit verfügbar.	
Forschung GKV-SV/KBV/PatV (3)	Ursprungstext GKV-SV/KBV/PatV: <i>Forschungstätigkeit</i> <i>1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren, sowie internationale Vernetzung mit anderen Experten- und Referenzzentren und</i> <i>2. Mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren).</i> Änderungsvorschlag: <u>Dieser Punkt wird um einen weiteren Punkt ergänzt:</u> 3. Integration in ein universitäres Zentrum mit nachgewiesener Forschungs- und Lehrtätigkeit zu seltenen Erkrankungen	Patienten mit Seltener Erkrankung, für die auch im Zentrum zunächst keine Diagnose gestellt werden kann und oft verdächtige Varianten in der Exomdiagnostik als Ergebnis der Diagnostik haben, brauchen für die weitere Aufarbeitung Ihres Krankheitsfalles den direkten Zugang zu wissenschaftlich tätigen Experten; insbesondere aus der Humangenetik aber auch aus den forschenden fachspezifischen B-Zentren. Auch für klinische Studien und nicht zuletzt für die Ausbildung von Studierenden ist ein universitäres Zentrum notwendig.
§ 2 Besondere Aufgaben		
Fallkonferenzen	Ursprungstext GKV-SV:	Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten mit Seltenen Erkrankungen erfordern eine besondere Expertise. Diese Fallkonferenzen finden bisher

GKV-SV 1. PatV 2. KBV 4. DKG 5.	<i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Ursprungstext KBV: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Ursprungstext PatV: <i>Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser insbesondere mit anderen Mitgliedern des eigenen ERNs ebenso wie transversal mit anderen ERNs. Außerdem die Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten des jeweiligen A-Zentrums, wenn Ärztinnen oder Ärzte aus anderen B-Zentren, aus anderen Bereichen des Krankenhauses (nicht für die Seltenen) oder anderer Krankenhäuser beteiligt sind.</i> Ursprungstext DKG: <i>Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer:</i>	auch im eigenen Krankenhaus sehr selten in strukturierter Form statt und wurden <u>nicht</u> in der Kalkulation der DRGs durch das InEK berücksichtigt. Natürlich profitieren die Patientinnen und Patienten des eigenen Krankenhauses auch von der Durchführung strukturierter Fallkonferenzen. Bei Annahme des Textvorschlages des GKV-SV bzw. der KBV würden externe Krankenhäuser bei stationärer Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen diese Leistung zusätzlich zum DRG-Erlös erhalten, während für Patienten des Krankenhauses, in dem das A Zentrum angesiedelt ist, die Kosten für die Fallkonferenz aus den DRG-Erlösen zu finanzieren wären. Das würde zu einer Zunahme stationär versorgter Patienten in Krankenhäusern ohne A Zentrum führen, was das Konzept der Zentrenbildung konterkarieren würde. Im Rahmen von Fallkonferenzen werden oft Beratungsleistungen für andere Leistungserbringer erbracht, bevor es ggf. zu einem stationären Aufenthalt kommt (z.B. Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bei pränatal diagnostizierter Fehlbildung incl. Frage nach der Planung von pränataler Intervention, Planung der Geburt bzgl. Zeitpunkt und Ort sowie Planung des postnatalen Vorgehens). Diese im Zusammenhang mit einem zukünftigen stationären Aufenthalt stehenden Leistungen bedürfen der besonderen Expertise des Zentrums.

	<i>Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten des eigenen Krankenhauses und andere Krankenhäuser und zur Abklärung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes vor evtl. stationärer Aufnahme. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden. Die genannten Leistungen sind auch im Rahmen der Betreuung von in Deutschland Krankenversicherten zu erbringen, die über die Strukturen eines ERNs betreut werden	
Fort- & Weiterbildungen GKV-SV 2. KBV 1. PatV 1. DKG 1.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen</i> Ursprungstext KBV: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der</i>	Wenn eine Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltung zu einer oder mehreren Seltenen Erkrankungen vom Zentrum organisiert wird, sollten auch Mitarbeiter des eigenen Hauses und die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen (dürfen). Dadurch wird die Kompetenz in der Betreuung der Patientengruppen gestärkt, die kooperative Betreuung gestärkt und Schnittstellenprobleme adressierbar. Die Zusammenarbeit mit den für die Fortbildung relevanten Selbsthilfeorganisationen erlaubt zusätzliche Einblicke in die Krankheitsbilder und mögliche Schnittstellenprobleme und verbessert damit den Lernerfolg.

	<i>Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.</i> Ursprungstext PatV: <i>Durchführung von einrichtungsinternen und externen Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen, möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen.</i> Ursprungstext DKG: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.</i> Änderungsvorschlag: <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des eigenen Krankenhauses, anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen,</i>	

	möglichst in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen.	
Telemedizin GKV-SV 5. PatV 2. DKG 2.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Erbringung zentrumsspezifischer tele-medizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</i> Ursprungstext PatV: <i>Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser insbesondere mit anderen Mitgliedern des eigenen ERNs ebenso wie transversal mit anderen ERNs. Außerdem die Erbringung von Beratungsleistungen und/oder die Organisation und Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten des jeweiligen A-Zentrums, wenn Ärztinnen oder Ärzte aus anderen B-Zentren, aus anderen Bereichen des Krankenhauses (nicht für die Seltenen) oder anderer Krankenhäuser beteiligt sind.</i> Ursprungstext DKG: <i>Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Leistungserbringer, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.</i> Vorschlag: Annahme des Textes des GKV-SV bzw. der DKG.	Beratungsleistungen und Fallkonferenzen werden bereits an anderer Stelle geregelt (siehe oben: GKV-SV 1., KBV 4., DKG 5.).
Register GKV-SV/KBV 6./2. DKG / PatV 3.	Ursprungstext GKV-SV & KBV: <i>Registererstellung; hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für seltene Erkrankungen.</i>	Nicht nur der Aufbau, sondern auch die Meldungen an Register sind mit sehr viel Arbeit verbunden, die nicht Teil der aktuellen Krankenhausfinanzierung sind. Da Krankenhäuser ohne Zentrum für Seltene Erkrankungen keine Registermeldungen übernehmen werden, ist auch nicht anzunehmen, dass hier in Zukunft eine Finanzierung auf anderem Wege verfügbar wird.

	Ursprungstext DKG & PatV: <i>a) Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für die seltenen Erkrankungen, die im Zentrum betreut werden, unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.</i> <i>b) Befüllen von nationalen oder internationalen interoperablen erkrankungs(gruppen)spezifischen/ Registern oder Datenbanken soweit vorhanden</i> Vorschlag: Annahme des Textes der DKG / PatV	
Lotse / Koordinator GKV-SV 7. PatV 4.	Ursprungstext GKV-SV: <i>Vorhaltung eines Koordinators, der die Koordination zwischen den Fachzentren (B) innerhalb des Referenzzentrums (A) sowie außerhalb zu anderen Referenzzentren (A) und anderen Fachzentren (B) oder anderen Mitgliedern des Europäischen Referenznetzwerkes übernimmt sowie eines ärztlichen Lotsen, der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.</i> Ursprungstext PatV: <i>Vorhalten einer oder eines SE-Lotsin/SE-Lotsen, die/der auch administrativ unterstützt wird. Der SE-Lotse ist der erste Ansprechpartner für den Patienten und/oder Haus-/Kinder-/Facharzt. Er überprüft formell alle Unterlagen und fordert fehlende Unterlagen an. Er dokumentiert und koordiniert alle Schritte des Patientenpfades. Er übernimmt die Lotsenfunktion, um Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Diagnostik- oder Therapiebedarf an die richtige Stelle im System zu steuern (intern und an andere Einrichtungen bundesweit, ggf. europaweit). Der SE-Lotse ist vorzugsweise ein Arzt oder Ärztin.</i>	Der Textvorschlag des GKV-SV beschreibt am konkretesten die Aufgaben sowie die damit verbundene, vorzuhaltende Personalstruktur.

	Ursprungstext DKG: <i>Einsatz von ärztlichen oder nichtärztlichen Lotsinnen oder Lotsen oder Koordinatorinnen oder Koordinatoren.</i> Änderungsvorschlag: Annahme des Textes des GKV-SV.	
Technische Angebote DKG 6.	Ursprungstext: Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten. Vorschlag: Keine Änderung, <u>Vorschlag der DKG in §2 Aufgaben aufnehmen.</u>	Gerade für Seltene Erkrankungen muss Spezialdiagnostik zum Teil in kürzester Zeit verfügbar sein (Beispiel V.a. schweren Immundefekt bei positivem Neugeborenenenscreening, Stoffwechselerkrankungen). Diese Vorhaltung übernehmen einzelne Krankenhäuser für viele weitere, auch andere universitäre Einrichtungen.
Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe PatV 7. GKV 7.	Ursprungstext PatV: <i>Für die strukturierte Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden verbindliche Ansprechpersonen eingesetzt, die z.B. auf Angebote der Selbsthilfe hinweisen, gemeinsame Informationen zur Verfügung stellen, Veranstaltungen und Sprechstunden organisieren und eine Beteiligung an der Erarbeitung von Leitlinien ermöglicht.</i> Ursprungstext DKG: <i>Strukturierte Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen (z.B. Beratung und Weitergabe von Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörige, Einladungen zu Informationsveranstaltungen, Information über aktuelle Entwicklungen).</i> Vorschlag: <u>Vorschlag der DKG in §2 Aufgaben aufnehmen.</u>	Die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen ist bei Seltenen Erkrankungen für eine optimale Versorgung der Betroffenen essentiell. Die Zusammenarbeit sollte strukturiert sein.
Netzwerk andere Krankenhäuser	Ursprungstext DKG: <i>Management eines Netzwerks von Krankenhäusern</i>	Die Anbindung externer Typ B-Zentren mit der Übernahme damit verbundener Aufgaben sollte ebenso wie das Management eines

DKG 10. Textbaustein Externe B-Zentren Siehe oben bei GKV-SV/PatV §1 (2) 3.	Änderungsvorschlag: Übernahme der koordinierenden Aufgaben für ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern, insbesondere mit einem oder mehreren krankheitsspezifischen oder krankheitsgruppenspezifischen Fachzentren anderer Krankenhäuser (externe Typ B-Zentren), die die unter §1 (2) genannten Kriterien für integrierte Typ B-Zentren erfüllen. Die Einbindung des Zentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.	Netzwerks aus Krankenhäusern unterstützt werden. Siehe auch Begründung zum Punkt des GKV-SV und der PatV (§1 (2) 3.)
Personal mit besonderer Qualifikation PatV 8. DKG 11. DKG 12.	Ursprungstext PatV: <i>Die ganzheitliche Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen stellt besondere Anforderungen an die bedarfsbezogene Beratung und Vermittlung von ergänzenden Therapien und Hilfsangeboten. Zuschlagsfähig ist die Vorhaltung von Personal mit einer spezifischen Qualifikation für die Wahrnehmung dieser Aufgabe.</i> Ursprungstext DKG 11.: <i>Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote).</i> Ursprungstext DKG 13.: <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.</i> Vorschlag: Vorschlag den Text der PatV oder der Punkte 11. und 13. der DKG in § 2 Aufgaben aufzunehmen.	Die Vorhaltung von Personal mit besonderer Fachexpertise insbesondere auch zur Vermittlung zu Hilfsangeboten ist für Menschen mit Seltenen Erkrankungen essentiell, da die üblichen Hilfsangebote im ambulanten und stationären Sektor oft den Erfordernissen bei Seltenen Erkrankungen nicht gerecht werden und ein großes Detailwissen sowohl zu den Bedürfnissen des Betroffenen als auch zu den Hilfsangeboten erfordern.

Zu Anlage II – Onkologische Zentren (S. 36ff.) – Verantwortlich: GPOH

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Qualitätsanforderungen		
(1) a) GKV-SV/KBV/PatV	Ursprungstext: <i>Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.</i> Änderungsvorschlag: Löschung der 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.	Es gibt keine fachlichen Gründe, eine 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen zu fordern; dem Fach fehlt der Notfallcharakter. Eine pathologische Diagnostik ist zudem an die Laborgestützte Aufarbeitung der Proben gebunden. Daher wird diese Vorgabe auch folgerichtig von der Deutschen Krebsgesellschaft nicht einmal für Comprehensive Cancer Centers gefordert.
(1) c) GKV-SV/KBV/PatV/LV und DKG	Ursprungstext: <i>GKV-SV/KBV/PatV/LV: Sofern kinderonkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E). zu erfüllen.</i>	Besondere Aufgaben wie sie nachfolgend in §2 formuliert werden, fallen in den die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllenden Zentren unabhängig von der Fallzahl an. Bspw. werden Leistungen der Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen Referenzdiagnostik, wie in §2 Punkt 8./9. von GKV-SV und DKG gemeinsam formuliert, auch von Zentren erbracht, die weniger als 30 Zentrumsfälle pro Jahr erbringen. Es gibt für die Qualität der Kinderonkologie in Deutschland keine belastbaren Zahlen, die eine Korrelation von Qualität mit der Fallzahl für die G-BA-Richtlinie erfüllenden Zentren zeigen. Somit kann eine Mindestfallzahl hier nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden.

	DKG: Sofern kinderhämato-onkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen. Ausgenommen von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie. Änderungsvorschlag: Sofern kinderonkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erfüllen.	
(2) DKG (S.38/3)	Ursprungstext: (2) <u>Besondere personelle und fachliche Anforderungen</u> <i>Psychoonkologische Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Psychologen (Diplom/Master) oder Ärzte jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung und psychoonkologischer Fortbildung.</i> Änderungsvorschlag: Die Aufnahme dieses von der DKG formulierten Punktes wird unterstützt.	Gemäß der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) § 4 (6) ist ein angemessener Psychosozialdienst Voraussetzung für eine spezifische pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung.

(3) GKV-SV (S.39/4)	Ursprungstext: a) <i>Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und</i> b) <i>Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa</i> Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG: Das Zentrum wirkt an krankheits oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.	Punkt a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren ist unscharf formuliert. Es ist nicht klar, ob hier für die Erfüllung des Punktes jährlich ein Konsensuspapier oder eine Leitlinie veröffentlicht werden muss; im Bereich der Kinderonkologie, in dem >90% der Patienten in Therapieoptimierungsstudien behandelt werden, ist die Teilnahme an diesen multizentrischen Studien und die Erfüllung der entsprechenden Protokollvorgaben wesentlich, Leitlinien und Konsensuspapiere sind hier von untergeordneter Bedeutung. Der Punkt bietet zu dem Fehlanreize, die dazu führen könnten, dass die Anzahl der Teilnehmer in Leitliniengremien stark ansteigt, was die Arbeit dieser Gremien behindern könnte.
Kooperationen: (4) GKV-SV / (5) DKG	Ursprungstext: GKV-SV/KBV/PatV/LV: <i>Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.</i> DKG: <i>Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Ebene.</i> Änderungsvorschlag: Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen mit Ausnahme der Kinderonkologie unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.	Die Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten erfolgt sektorenübergreifend in kinderonkologischen Zentren, welche die Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) erfüllen. Eine Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten auf vertragsärztliche Ebene findet in Deutschland nicht statt.
(5) GKV-SV / (6) DKG Tab. 1 (S.42/7)	Ursprungstext: <i>Kinderonkologie: Kinder unter 18 Jahren ICD C00-C97 ohne C44; 30 Zentrumsfälle</i> Änderungsvorschlag: Streichen des Punktes Kinderonkologie in der Tabelle (einschließlich ICD-10 Nummern, Neuerkrankungen und Zentrumsfälle)	Durch die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie sind Qualitätskriterien für die Behandlung pädiatrisch-onkologischer Patienten erstellt worden. Dies hat zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Zentren in der Kinderonkologie geführt. Es gibt keine belastbaren Zahlen für Deutschland, die zeigen, dass in den Zentren, welche die Anforderungen der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllen, eine Korrelation zwischen Qualität und Fallzahl besteht (s.a. Begründung zu §1 (1)c). Primär sollte daher wie in der Gesetzesvorlage gefordert, die Aufstellung von Qualitätsanforderungen durch den G-BA erfolgen. Die zudem in der Tabelle genannten ICD-10 Ziffern entsprechen nicht denen in der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie. Beispielsweise fehlen die ICD-10 Ziffern für niedrig-maligne Hirntumoren, die einer interdisziplinären Behandlung mit einer oft mehrmonatigen Chemotherapie bedürfen oder die myelodysplastischen Syndrome, die teilweise eine allogene Stammzelltransplantation erfahren.

§ 2 Besondere Aufgaben

**1. GKV-SV, KBV
und DKG**

**Ursprungstext:
GKV**

Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

KBV:

Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser und Vertragsärzten, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.

DKG:

Interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten und Patienten anderer Leistungserbringer: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von

Der Änderungsvorschlag übernimmt den Part der GKV, der spezifiziert, dass die Leistungen wie Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, interdisziplinären Fallkonferenzen oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, auch einzeln möglich sind und nicht zwingend in ihrer Gesamtheit erforderlich sind.

Des Weiteren wird die Formulierung der DKG übernommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgegeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

	<i>interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Leistungserbringer, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	
2.) GKV-SV/LV und KBV/PatV	Ursprungstext: GKV-SV/LV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen</i> KBV/PatV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen</i> Änderungsvorschlag:	Da die Behandlung pädiatrisch-hämato-onkologischer Patienten sektorenübergreifend von kinderonkologischen Zentren erbracht wird, ist eine Einbindung von Vertragsärzten in regelmäßige strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen nicht zwingend erforderlich. Ebenso ist es wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.

	Übernahme des Vorschlags der DKG	
4. GKV-SV /KBV/PatV	Ursprungstext: GKV-SV /KBV/PatV <i>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des onkologischen 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; der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:</i> - Darstellung des Onkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie bzw. der Fachärzte mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen oder Patienten anderer Krankenhäuser), - Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung, - Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, - Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen onkologischen Zentren und	Die Formulierung der DKG fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren. Während der Text der DKG ohne weiteres auf die Kinderonkologie übertragbar ist, wären bspw. beim Punkt „Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte“ hier nicht die Onkologen, sondern Kinderonkologen zu nennen, statt der Chirurgen, die Kinderchirurgen, zudem wäre ein Kinderradiologe zu spezifizieren. Ebenso wären bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen wie bspw. die Zertifizierung von Stammzelltransplantationseinheiten nach JACIE, nicht in der Definition von GKV-SV /KBV/PatV enthalten.

	- Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet. Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG	
7. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde konkret zu benennenden Registers.</i> Änderungsvorschlag: Streichung des Passus	Die Erstellung von Registern erfolgt aufgrund medizinischer Charakteristika, der zu erfassenden Patientenpopulationen; durch den medizinischen Fortschritt kommt es hier zu Neudefinitionen von Patientengruppen, die in bestimmten Registern erfasst werden und von besonderen Behandlungsformen profitieren können. Eine Benennung dieser Register durch eine Landesbehörde ist nicht notwendig und führt zu vermehrtem Verwaltungsaufwand. Die Meldung von Patienten mit onkologischen Diagnosen ist ohnehin bereits durch das Krebsregistergesetz verpflichtend geregelt, unabhängig von der Diagnosestellung in einem onkologischen Zentrum.
7. GKV-SV	Ursprungstext: GKV-SV <i>Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)</i> Änderungsvorschlag: Übernahme des Passus der DKG	Der Passus der DKG beinhaltet hier zusätzlich psychoonkologische Leistungen. Insbesondere in der Kinderonkologie liegen bei großem Teil der Patienten und deren betroffenen Familien außergewöhnliche Belastungen vor, die einer intensiven psychosozialen Betreuung durch Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen bedarf (s.a. §4 (6), KiOn-RL).
8./9. GKV-SV/DKG	Ursprungstext: GKV-SV/DKG <i>Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von</i>	Die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie fordert, wenn immer möglich, die Teilnahme pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten an Therapieoptimierungsstudien (§6 (1) KiOn-RL). Während bei Kindern der Anteil an Patienten in Therapieoptimierungsstudien i.R. bei > 90% liegt, ist er bspw. bei Erwachsenen mit soliden Tumoren um die 20%.

	<i>Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.</i> Änderungsvorschlag: Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik, inklusive der damit verbundenen Aufwendungen der an den Therapieoptimierungsstudien teilnehmenden Kliniken.	Da es für einen großen Teil kideronkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind. Dabei sind insbesondere folgende durch Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien bedingte Mehrkosten zu nennen: 1. Regelmäßige Dokumentation und Berichterstattung der Diagnostik und Therapie an die Studienleitung (§6 (1) KiOn-RL) 2. Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend den Vorgaben in den Studienprotokollen (§5 (5) KiOn-RL) 3. Regelmäßige Teilnahme an Treffen der Studiengruppen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien (§5 (6) KiOn-RL)
10. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Fachspezifische Qualifizierungsmaßnahmen für die Ausbildung besonders geschulter onkologischer und palliativmedizinischer Fachpflegekräfte.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie zur Qualitätssicherung muss das kideronkologische Pflgeteam mindestens 2 Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Onkologie aufweisen (§4 (4) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kideronkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Qualifizierungsmaßnahmen für besonders geschulte onkologische Fachkräfte für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
13. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Als Beispiel ist hier die Vorhaltung von Reinrumlaboren zur Verarbeitung von Stammzelltransplantaten bei autologen und allogenen Stammzelltransplantationen zu nennen.

14. DKG	Ursprungstext: DKG <i>Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen.</i> Änderungsvorschlag: Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie muss das pädiatrisch-onkologische Zentrum über einen eigenen Rufdienst verfügen (§4 (3) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Vorhaltung eines kinderonkologischen Rufdienstes für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

Zu Anlage III – Traumazentren (S. 48ff.)

	Bei der Definition der Traumazentren begrüßen wir ausführlich die spezifische Berücksichtigung der Kindertraumatologie und halten die Definition entsprechend des Weißbuchs für sinnvoll. Hier wollen wir darauf hinweisen, dass im Oktober 2019 eine Neuauflage erscheinen wird.	

Zu Anlage IV – Rheumatologische Zentren (S.58ff.) – Verantwortlich: GKJR

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage IV, Punkt 1a, Version PatV (Seite 59) analog Anlage IV, Punkt 4a, Version DKG und Punkt 5a, Version GKV-SV	Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie: a) Fachdisziplin innerhalb einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, oder Fachabteilung unter Pädiatrischer Leitung innerhalb eines Zentrums für Rheumatologie	1. Dankenswerter Weise erfolgt die Nennung eines notwendigen multiprofessionellen Teams (mit Psychosozialen Dienst, Kinder-Physiotherapie). 2. Vorrangig ist vor allem eine interdisziplinäre, kindgerechte und fachärztliche Versorgung der Kinder auf hohem Niveau sicher zu stellen. Die Krankheiten in der Kinderrheumatologie sind häufig entzündliche Systemerkrankungen. Ebenso wie in den Definitionen für Erwachsenen-Rheumatologie ist daher die Versorgung durch Kinderärzte mit Expertise in verschiedenen Spezialgebieten (z.B. Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderpneumologie, Kindergastroenterologie, Kinderneurologie, Kinderradiologie, Intensivmedizin) von großer Bedeutung. Diese Versorgung sollte im Zentrum möglich sein, was bei Kinder- und Jugendkliniken in aller Regel auch gegeben ist. Bei Fachabteilungen innerhalb anderer Einrichtungen sollte die Zusammenarbeit mit entsprechenden Pädiatrischen Spezialisten schriftlich geregelt sein. Ebenso sollte die nötigenfalls mögliche Notfallversorgung (24/7) sicher gestellt werden. 3. Die Kinderrheumatologie ist an wenigen Standorten innerhalb einer Klinik als eine eigenständige Fachabteilung, dann sollte eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum vorhanden sein. Diese pädiatrischen Fachabteilungen müssen so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.
Anlage IV, Punkt 1a, Version PatV (Seite 59)	b) Mindestens zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Rheumatologie am Standort	Ein kinderrheumatologisches Zentrum mit nur einem zertifizierten Kinderrheumatologen kann den Qualitätsansprüchen nicht genügen. Es muss auch im Krankheits-/Urlaubs-/Vertretungsfall jeweils mindestens ein qualifizierter Kinderrheumatologe im Haus sein.

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage IV, Punkt 4a/b, Version DKG analog Anlage IV, Punkt 5, Version GKV-SV und Punkt 4a, Version PatV (alle ab Seite 64)	Mindestfallzahlen Kinderreumatologie: Versorgung von mind. 200 Patienten, davon wenigstens 50 in stationärer Betreuung jährlich mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren. Bei stationären Behandlungen als Folge einer rheumatologischen Erkrankung kann diese auch Nebendiagnose sein.	Die Kinderreumatologie hat in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der kranken Kinder in ihr soziales Umfeld von entscheidender Bedeutung. Daher ist die Beschränkung der Behandlung rheumakrankter Kinder und Jugendliche auf das stationäre Umfeld undenkbar. Die in §2 genannten besonderen Aufgaben werden überwiegend für die (Weiter-)Betreuung ambulanter Patienten erfüllt. Dieser Situation sollte bei Festlegungen von Mindestfallzahlen Rechnung getragen werden. Die Diagnosenlisten sind nicht deckungsgleich. Bezogen auf die ICD-10 Diagnosenliste der PatV sind zu ergänzen: A69.2 Lyme Krankheit D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose F45. Chronische Schmerzstörung H20.0 akute Iridozyklitis H20.1 chronische Iridozyklitis I37.1 Pericarditis I73.0 Raynaud Syndrom K50. Crohn Krankheit K51. Colitis ulcerosa L40.5 Psoriasis arthropathie L93.0 discoider Lupus erythematodes L94.1 Lineare Sklerodermie L95.6 Cutane Vaskulitis M00.90 Septische Arthritis M79. Panniculitis R05.9 Fieber A69.0 Familiäres Mittelmeerfieber / Fiebersyndrome neue ICD)
Zu § 2 Besondere Aufgaben:		

Zu § 1		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Punkt 1, Version GKV-SV analog Punkt 1, Version DKG und Version KBV/PatV (alle S. 68)	Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. „Kinderrheuma-Boards“) mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als konsiliarische Dienstleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Die ambulanten Patienten sollen unbedingt in die besonderen Aufgaben mit aufgenommen werden. Denn hier werden ja in den interdisziplinären Besprechungen gerade auch Patienten besprochen, die entweder noch nicht stationär waren (zur Planung) oder anschließend ambulant weiter betreut werden. Es handelt sich um chronische Erkrankungen, bei denen die Weiterbehandlung im ambulanten Setting mindestens so wichtig ist wie die (Akut-)Behandlung im stationären Bereich. Gerade dafür sind die interdisziplinären Konferenzen unabdingbare Steuerungsinstrumente.

Zu Anlage V – Herzzentren (S. 74ff.)

	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.	

Zu Anlage VI – Schlaganfallzentren (S.85ff.)

Zu Anlage VII – Lungenzentren (S. 89ff.)

	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.	

Zu Anlage XIII– Sonstige ausgewiesene Zentren (S. 93ff.)

Zu § 1 Qualitätsanforderung	Es fehlt die Definition eines Bauch-Zentrums für Kinder und Jugendliche . Dieses beinhaltet konservativ und operative Erkrankungen des Verdauungstraktes und der Leber. Insbesondere fachübergreifend zu behandelnde Erkrankungen wie angeborene Fehlbildungen (z.B. Atresien, Bauchwanddefekte), Gallengangsatresie und viele seltene und komplexe, chronische Erkrankungen (z.B. Kurzdarmsyndrom, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, intestinale Neuro- oder Myopathien). Es gelten hier die spezifischen Anforderungen an ein Zentrum für Kinder und Jugendliche (siehe allg. Teil).	Kinder und Jugendliche haben andere oder anders verlaufende Erkrankungen, und bedürfen modifizierter oder anderer diagnostischer Verfahren und therapeutischer Strategien, die den Entwicklungsstand des Kindes oder einzelner Organe berücksichtigen.

	Kindergastroenterologen und Kinderchirurgen sind neben anderen Spezialisten (Kinderradiologen, Ernährungsfachkräfte u.a.) obligatorisch für das pädiatrische Bauch-Zentrum.	
Zu § 2 Besondere Aufgaben:	Das Bauch-Zentrum für Kinder und Jugendliche nimmt eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation des Patienten und seiner Familie wahr.	

Zu Anlage VIII – Nephrologische Zentren (S.97ff.) – Verantwortlich: Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie

Zu § 1 Qualitätsanforderungen	Es fehlt die Definition eines Nephrologischen Zentrums für Kinder- und Jugendliche, die wir an dieser Stelle einfordern. Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche sind interdisziplinär aufgestellt und arbeiten zur vollumfänglichen Behandlung mit den Fächern Kinderurologie, Kinderchirurgie, Transplantationschirurgie, pädiatrische Intensivmedizin sowie allen anderen pädiatrischen Subdisziplinen zusammen. Eine Dialyseeinrichtung für Kinder- und Jugendliche am Zentrum dient der akuten und chronischen Behandlung von Nierenversagen, Entgiftungen, Stoffwechselentgleisungen, sowie Plasmapheresen und Immunabsorptionsverfahren schwerer spezieller immunologischer Erkrankungen. Hierzu ist ein regionaler organisierter Informationsaustausch auf zu bauen und Behandlungspfade fest zu legen. Regional besteht eine Zusammenarbeit und ein Netzwerk mit anderen Kinderkliniken, um Beratungen, Fortbildungen und Zusammenarbeit bei klinischen Studien zu gewährleisten.	Angeborene und erworbene Erkrankungen der Nieren und des Harntraktes bei Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen unterscheiden sich grundlegend vom Erkrankungsspektrum erwachsener Patienten. Kinder mit Erkrankungen der Nieren und Ableitenden Harnwege werden ausschließlich in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin behandelt und nicht in Organzentren oder Abteilungen für Erwachsenen Nephrologie. Das Spektrum der Erwachsenen Erkrankungen ist überwiegend erworben (z.B. Diabetische Nephropathie, Herzkreislauferkrankungen), während Pädiatrisch Nephrologische Erkrankungen überwiegen angeboren, genetische Ursachen einschließlich Stoffwechselstörungen aufweisen. Der besondere Schwerpunkt liegt auf der Sicherstellung von Wachstum, Entwicklung und Vorbereitung für die soziale Integration. Die Behandlung soll in einem kindgerechten Setting erfolgen. Eine besondere Ausweisung von Kindernefrologischen Zentren neben Erwachsenen Zentren ist zur Qualitätssicherung dringlich erforderlich.

	Vorstadien von Nierenversagen sollen so rechtzeitig nach Absprachen in die Zentren zu Dialysebehandlung oder zur Abwehr von Dialysebehandlungen verlegt werden. Eine Rückübernahme muss nach erfolgreicher Behandlung jederzeit möglich sein. Daten von seltenen oder komplizierten Erkrankungen werden in Registern erfasst. Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche müssen einem Transplantationszentrum angeschlossen sein, um die Indikationsstellung zur Transplantation und die Pflege der Wartelisten zu gewährleisten.	
Zu § 2 Besondere Aufgaben	Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche verpflichten sich der ganzheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Familien orientierten psychosomatischen und psychologischen Situation. Sie nehmen in Deutschland regionale Aufgaben wahr und verpflichten sich zudem zur Vernetzung untereinander zur Förderung von Wissenschaftlichem Fortschritt, Registern und zur Durchführung von Klinische Studien.	

Zu Anlage IX – Transplantationszentren (S. 100ff.)

Zu § 1 Qualitätsanforderungen	Zentren, in denen Kinder-/Jugendliche eine Organtransplantation erhalten sollen, müssen die spezifischen Aspekte von Medizin für Kinder und Jugendliche (siehe Allgemeinteil) vollumfänglich erfüllen. Es bedarf organspezifischer Qualitätsanforderungen für pädiatrische Transplantationszentren (i.d.R. Subzentren übergeordneter Transplantationszentren).	Beispielhaft kann hier die Definition von Zentren für Lebertransplantationen von Kindern und Jugendlichen, wie sie von Melter et al 2007 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde (Melter M et al, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 23; A1-A7; 2007), herangezogen werden.
Zu § 2 Besondere Aufgaben	Entsprechend der Eingaben des GKV-SV (Abs. 1-5) nehmen Zentren für die Organtransplantation von Kindern	

	und Jugendlichen organspezifisch die besonderen Aufgaben von Transplantationszentren für alle entsprechenden Kinder und Jugendliche wahr.	

Zu Anlage X – Kinderonkologische Zentren (S. 103ff.) – Verantwortlich: GPOH

Zu § 1 Qualitätsanforderungen GKV-SV	Ursprungstext: GKV-SV <i>Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das kinderonkologische Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als kinderonkologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan muss vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein</i> Änderungsvorschlag: Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gilt übergangsweise die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 1.5.2006, zuletzt geändert am 7.11.2018. Eine Ausweisung im Landeskrankenhausplan ist nicht Voraussetzung.	Da in den Ländern unterschiedliche Kriterien zur Aufnahme einer kinderonkologischen Abteilung in den Landeskrankenhausplan angelegt werden, die Kriterien zu einem großen Teil für die Kinderonkologie nicht zutreffend sind, muss die Forderung des GKV-SV abgelehnt werden, dass die derzeit in den Landeskrankenhausplänen geltenden Qualitätsanforderungen bis zur Formulierung für die Kinderonkologie geltenden Forderungen zum 31.12.2020 weiter gültig sind (s.a. Stellungnahme/Begründung zu §3 (8) GKV). Aus dem gleichen Grund kann die Ausweisung im Landeskrankenhausplan vor dem 1.1.19 nicht Voraussetzung für ein kinderonkologisches Zentrum sein, zumal aktuell in der Mehrzahl der Bundesländer noch keine Kinderonkologischen Zentren im Krankenhausplan ausgewiesen sind. Zudem wird im PpSG gefordert, dass der G-BA Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren beschließt; eine Ausweisung eines Zentrums im Landeskrankenhausplan stellt keine besondere Aufgabe dar.

Zu § 2 Besondere Aufgaben GKV-SV	Ursprungstext: <i>Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.</i> Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Im Änderungsvorschlag wird zusätzlich aufgenommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind (s.a. Begründung zu Anlage II onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben, Punkt 1)
3. GKV	Ursprungstext: GKV-SV/LV <i>Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen</i> Änderungsvorschlag: Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für eigene	Es ist wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.

	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen	
4. GKV	Ursprungstext: <i>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</i> Änderungsvorschlag: Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise und Abgabe von Behandlungsempfehlungen	Die Unterstützer anderer Leistungserbringer erfolgt in der Kinderonkologie in der Hauptsache durch die Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise durch die Studienleitungen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien. Die Prüfung und Bewertung von Patientenakten ist hierzu nicht notwendig und wird nicht als qualitätsfördernd erachtet.
5. GKV	Ursprungstext: <i>Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des kideronkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus); der jährliche, öffentlich zugängliche Bericht über diesen PDCA-Zyklus beinhaltet mindestens:</i> <i>a. Darstellung des kideronkologischen Zentrums und seiner Netzwerkpartner,</i> <i>b. Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie,</i>	Die sich an die DKG anlehrende Formulierung (Anlage II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben, Punkt 10. DKG) fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren.

	<i>c. Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),</i> <i>d. Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung,</i> <i>e. Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,</i> <i>f. Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen kideronkologischen Zentren und</i> <i>g. Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet.</i> Änderungsvorschlag: Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner und spezieller Qualitätssicherungsverfahren und Darstellung derselben in einem jährlichen öffentlichen Bericht.	
	Vorschlag Übernahme der Punkte 7 -17 aus Anhang II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge (s.o.)	S.o. Begründungen zu nachfolgenden Punkten von Anhang II, onkologische Zentren, § 2 Besondere Aufgaben: 7. DKG 7. GKV-SV 8./9. GKV-SV/DKG 10. DKG 13. DKG 14. DKG

	Vorschlag Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung.	Die Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung wird in der Richtlinie zur Kinderonkologie als Qualitätsmerkmal eines kinderonkologischen Zentrums gefordert (§5 (1)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung solcher abteilungsinterner Besprechungen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.
	Vorschlag Regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikums Mainz	Die regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikum Mainz ist verpflichtend (§6 (2)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und eine Meldung erwachsener onkologischer Patienten nicht erfolgt, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,
Sehr geehrter Herr Hollstein,
Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten uns als Vorstand der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie als Fachgesellschaft am Stellungnahmeverfahren zur Entscheidung des G-BA zu den Vorgaben der Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach §2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des KHEntgG beteiligen und würden uns sehr freuen, wenn Sie unser Anliegen berücksichtigen können. Die Kinder- und Jugendradiologie ist ein Kernelement der Diagnostik in allen aufgeführten Zentren und sollte daher Bestandteil der übergeordneten Zentren sein. Der Schwerpunktkarte unter <https://www.kinder-radiologie.org/de-DE/2101/schwerpunkt-kinderradiologie/> können Sie entnehmen, dass entsprechend kinderradiologische Expertise im Land verteilt ist. Entnehmen Sie den beigefügten Dokumenten bitte unseren Vorschlag der Qualitätsanforderung. Wir würden uns freuen, am 25. Oktober teilnehmen zu dürfen und unterstützen die Stellungnahmen der Deutschen Röntgengesellschaft und des Konvents der Pädiatrischen Fachgesellschaften (DGKJ).

Mit freundlichen Grüßen
Hans-Joachim Mentzel



Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR) e.V.

9.9.2019

Zu § 5 Qualitätsanforderungen		
	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
In allen Varianten fehlt der Schwerpunkt Kinderradiologie	Die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie spricht sich dafür aus, dass in den vom GBA beschriebenen Zentren Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie als strukturell notwendige Voraussetzung eingeplant werden. Dies betrifft Traumazentren, in den Kinder und Jugendliche versorgt werden, ebenso wie Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie, Herzzentren, Lungenzentren, Nephrologische Zentren, Transplantationszentren.	Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügen über die Expertise in der bildbasierten Diagnostik von Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Insbesondere unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes ist eine explizit kindgerechte radiologische spezielle bildgebende Diagnostik notwendig, die nur in entsprechend qualifizierten Zentren erfolgen kann. Auswahl und Durchführung sowie Bewertung sind individualisiert auf Alter und Krankheitsbild zugeschnitten anzupassen. In kideronkologischen Zentren ist diese Qualitätsanforderung realisiert.



Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR) e.V.

9.9.2019

Zu § 5 Qualitätsanforderungen

	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
In allen Varianten fehlt der Schwerpunkt Kinderradiologie	Die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie spricht sich dafür aus, dass in den Zentren für Seltene Erkrankungen neben Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin und Humangenetik zusätzlich auch Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie als strukturell notwendige Voraussetzung eingeplant werden.	Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügen über die Expertise in der bildbasierten Diagnostik seltener Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Neben den klassischen Skelettdysplasien benötigen viele Patienten mit syndromalen Erkrankungen spezielle kinderradiologische Diagnostik, die nur in entsprechend qualifizierten Zentren durchgeführt werden kann.

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 136c Absatz 5 Satz 6 und § 91 Absatz 5 SGB V:
Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen)**

Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	Die DGAV möchte (...) gemeinsam mit ihren assoziierten Fachgesellschaften anregen, neben den im Entwurf explizit aufgeführten Zentren, weitere Zentren ausgewiesener und interdisziplinärer Expertise zu akzeptieren.	So sind nichtmaligne allgemeine und viszeralchirurgische Erkrankungen der Verdauungsorgane nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes (2016) mit rund 2 Mio. erkrankter Menschen pro Jahr nach den Herz-Kreislaufstörungen die mit Abstand häufigsten Krankheiten in Deutschland. Eine Vielzahl dieser PatientInnen werden von Viszeralchirurgen in bereits lange etablierten Zentren mit klarer Struktur und akzeptierten Qualitätsstandards, wie zum Beispiel: Adipositaszentren, Endokrinen Zentren oder auch Beckenbodenzentren behandelt.	GKV-SV: Es ist weder konkretisiert was die genannten Zentren qualifiziert, noch welche besonderen Aufgaben die hier beispielhaft genannten Zentren übernehmen sollen. Die Regelversorgung von Patientinnen und Patienten ist nicht Gegenstand dieser Regelungen, selbst dann nicht, wenn es sich um eine Leistungserbringung in hoher Zahl und/oder guter Qualität handelt. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die DKG begrüßt diese Anregung und wird diese Zentren/Schwerpunkte nach Beschlussfassung in die Beratungen für weitere Anlagen in der Arbeitsgruppe einbringen. KBV: Kenntnisnahme PatV: Die Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
				Sinne dieser Richtlinie werden in die Liste der offenen Themen für spätere Diskussionen aufgenommen. LV: Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	
2.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) <u>in Zusammenarbeit mit:</u> Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE),	<u>Grundsätzliche Kommentare zu den Anlagen Änderungsvorschlag:</u> Ergänzung einer weiteren Anlage, die eine Dachstruktur „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ konkretisiert.	Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen. Entsprechend der EACH Charta und der Kinderrechtekonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ definiert sind. Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen.	GKV-SV: Die Ergänzung eines Zentrums für Kinder und Jugendliche wird abgelehnt. Die vorliegende Zentrumsregelung beschreibt Krankenhäuser der Spitzenmedizin, die aus vergleichbaren Anbietern der Spitzenmedizin herausragen und anderen Krankenhäusern vorwiegend beratende Leistungen anbieten. Es bleibt unklar was die besonderen Aufgaben dieser Zentren sein sollen, denn sie werden „als Rückgrat der Kinderversorgung in Deutschland“ beschrieben. Es handelt sich folglich um die normale Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen, die aus der DRG Vergütung am Fall finanziert wird.	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN), Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD), Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP)		Unter der fehlenden Definition von „Zentren für Kinder- und Jugendlichemedizin“ sollen breit aufgestellte Kinderzentren definiert werden, die als Mittelpunkt eines Netzwerks für die konservative und operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen „besondere Aufgaben“ in einer Region wahrnehmen (besondere Fachexpertise, besondere technische Ausstattung, Beratung, Fortbildung, Transport, Registerpflege, PDCA, Erarbeitung SOPs, etc). Vergleichbar dem G-BA-Beschluss für das Gestufte System der stationären Notfallversorgung - §25 Kindermodul - stellen diese wenigen Kliniken das Rückgrat der Kinderversorgung in Deutschland dar. Die einzelnen Standorte halten jeweils mehrere – durchaus unterschiedliche - Subspezialitäten für die Kinderversorgung vor und sind als Zentren auch untereinander und über die Landesgrenze hinaus gut vernetzt. Neben den einzelnen pädiatrischen Zentren kann es weitere organspezifische Zentrumsdefinitionen für Kinder und Jugendliche geben, z.B. für die Kinderonkologie, die Kinderrheumatologie oder Kinderschmerztherapie). Wir bitten Sie daher die Anlage um die Dachstruktur der Kinderversorgung „Zentrum für Kinder und Jugendliche“ zu erweitern. Eine Umsetzung in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer ist noch unvollständig.	Die spezifischen Belange von Kindern- und Jugendlichen werden in den fachspezifischen Anlagen besonders berücksichtigt. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die Anregung wird begrüßt und wurde bereits in den Beratungsprozess seitens der DKG eingebracht. Nach Beschlussfassung wird dieses/dieser Zentrum/Schwerpunkt wieder durch die DKG eingebracht, insbesondere weil in den Bundesländern schon Zentren mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendmedizin benannt sind. PatV: Die Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie werden in die Liste der offenen Themen für spätere Priorisierungen und Diskussionen aufgenommen. In der Würdigung unterstreicht die PatV allerdings den Hinweis darauf, dass für die stationäre Versorgung Kindern immer besondere pädiatrische Vorkehrungen notwendig sind.	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Eine Änderung des Beschlusses ist jedoch nicht angezeigt. LV: Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	
3.	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) in Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH),	Zunächst möchten wir festhalten, dass wir die Definition von Zentren der Spitzenmedizin für eine sinnvolle Möglichkeit halten, die Versorgungsqualität zu verbessern. Vor einer weiteren Diskussion von sinnvollen Kriterien zur Definition von Zentren möchten wir zunächst darauf hinweisen, dass die Bezugnahme auf eine bereits erfolgte Festlegung von Zentren in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen als Grundvoraussetzung für die weitere Berücksichtigung der Zentren unzulässig ist.	Es ist allgemein bekannt, dass die Landeskrankenhausplanung in den verschiedenen Bundesländern heterogen und sehr unterschiedlich weit vorangeschritten ist. Während in einigen Bundesländern, wie z.B. Bayern, zahlreiche der genannten Zentren bereits festgeschrieben und in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind, ist dieses in anderen Ländern wie Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz - um nur einige zu nennen - nicht der Fall. Insofern darf die für verschiedene Zentren getroffene Stichtagsregelung nicht aufrechterhalten werden, zumal eine solche die Weiterentwicklung der Behandlungsangebote durch Aufbau neuer, prinzipiell geeigneter Zentren verhindern würde. Entsprechend sind auch finanzielle Zuschläge für Zentren bislang sehr unterschiedlich bewilligt worden, in vielen Bundesländern bislang noch gar nicht. Die Bezugnahme auf das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sehen wir in diesem Zusammenhang ebenfalls kritisch, da dieses die Definition von Zentren inhaltlich nicht berührt.	GKV-SV: Die krankenhausplanerische Zuweisung besonderer Aufgaben über § 2 Abs. 2 S. 2 KHEntgG hinausgehend bleibt von diesen Regelungen unbenommen. DKG: Die DKG unterstützt die Orientierung an bereits bestehenden, funktionierenden Konzepten in den Bundesländern. Die Festsetzung von Zentren, die Ausweisung der besonderen Aufgaben und die festgesetzten Qualitätsvoraussetzungen in den Ländern sind unterschiedlich weit vorangeschritten. Die Länder haben die Konzepte angelehnt an bestehende Fachliteratur, Zertifizierungskriterien und Versorgungsgegebenheiten, die als Orientierung	GKV-SV: Nein LV: Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN). Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP)			dienen können. Die Einbeziehung dieser Konzepte erfolgt unter Prüfung und Anpassung. Die Auswahl der Zentren/Schwerpunkte ist nicht abgeschlossen und auch weitere Zentren/Schwerpunkte, die nicht in der Landesplanung enthalten sind, werden im Rahmen der Erstellung weiterer zentrumsbezogener Anlagen geprüft. LV: Die Länder haben aus diesen Gründen eine Übergangsregelung gefordert für die Zentren, die bereits jetzt krankenhausplanerisch ausgewiesen werden und für die bereits Zuschlüsse vereinbart sind. Dies darf nicht begrenzt werden auf Zentren, die bereits am 1.1.2019 ausgewiesen waren. Ebenso sollte die Begrenzung auf Zentren, die auf Basis des Schiedsspruchs ausgewiesen worden sind, entfallen, da in vielen Ländern die Kriterien für die Ausweisung bereits vor dem Schiedsspruch entwickelt wurden. Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	
4.	Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)	Zunächst möchten wir festhalten, dass wir die Definition von Zentren der Spitzenmedizin für eine sinnvolle Möglichkeit halten die Versorgungsqualität zu verbessern. Vor einer weiteren Diskussion von sinnvollen Kriterien zur Definition von Zentren möchten wir zunächst darauf hinweisen, dass die Bezugnahme auf eine bereits erfolgte Festlegung von Zentren in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen als Grundvoraussetzung für die weitere Berücksichtigung der Zentren unzulässig ist.	Die Landeskrankenhausplanung in den verschiedenen Bundesländern ist heterogen und sehr unterschiedlich weit vorangeschritten ist. Während in einigen Bundesländern, wie z.B. Bayern, zahlreiche der genannten Zentren bereits festgeschrieben und in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind, ist dieses in anderen Ländern wie u.a. Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz nicht der Fall. Insofern darf die für verschiedene Zentren getroffene Stichtagsregelung nicht aufrechterhalten werden, zumal eine solche Regelung die Weiterentwicklung der Behandlungsangebote durch Aufbau neuer, prinzipiell geeigneter Zentren verhindern würde. Entsprechend sind auch finanzielle Zuschläge für Zentren bislang sehr unterschiedlich bewilligt worden, in vielen Bundesländern bislang noch gar nicht. Die Bezugnahme auf das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sehen wir in diesem Zusammenhang ebenfalls kritisch, da dieses die Definition von Zentren inhaltlich nicht berührt.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 3 DKG: Siehe Punkt 3 LV: Die Länder haben aus diesen Gründen eine Übergangsregelung gefordert für die Zentren, die bereits jetzt krankenhausplanerisch ausgewiesen werden und für die bereits Zuschläge vereinbart sind. Dies darf nicht begrenzt werden auf Zentren, die bereits am 1.1.2019 ausgewiesen waren. Ebenso sollte die Begrenzung auf Zentren, die auf Basis des Schiedsspruchs ausgewiesen worden sind, entfallen, da in vielen Ländern die Kriterien für die Ausweisung bereits vor dem Schiedsspruch entwickelt wurden. Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	GKV-SV: Nein LV: Ja

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
5.	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) in Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN). Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychi-	Im Sinne der betroffenen kranken Kinder und Jugendlichen möchten wir darauf verweisen, dass bei der Definition der Qualitätsanforderungen und besonderen Aufgaben von Zentren strukturelle Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden müssen.	Entsprechend der EACH Charta und der Kinderrechtekonvention müssen kranke Kinder und Jugendliche Zugang zu einer medizinischen Behandlung erhalten, die die besonderen Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien in medizinischer, psychischer und psychosozialer Hinsicht berücksichtigt. Diese Möglichkeit sehen wir nur gegeben in den Zentren für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin, die die Anforderungen erfüllen, wie sie auch z.B. in dem Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ definiert sind. Aus diesem Grund fordern wir auch, dass sie den vorgelegten Beschlussentwurf vor Verabschiedung um eine eigene Zentrumsdefinition für ein Zentrum für Kinder und Jugendliche / Kinderzentrum ergänzen.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 2 LV: Kenntnisnahme DKG: Die Besonderheit von Kinder- und Jugendzentren ist unverkennbar, weshalb sich die DKG im kommenden Jahr für die Befassung mit diesen Zentren/Schwerpunkten einsetzt.	LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	atrie und –psychotherapie (DGKJP) und Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)				
6.	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) in Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN). Gesellschaft für Kinder- und	(...) Des Weiteren stellen wir mit Bedauern fest, dass bei der Definition verschiedener Zentren, z.B. für Lungen- oder Nierenerkrankung oder bei Schlaganfall- und Transplantationszentren, Kinder und Jugendliche nicht mit einem Wort erwähnt werden.	Dieses erkennt auf grösste Weise die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen aus diesen Fachgebieten, die einer hochspezialisierten Betreuung bedürfen	GKV-SV: Bei den Anlagen VI bis X handelt es sich um Übergangsregelungen für bereits bestehende Zentren. Der G-BA verzichtet bewusst auf weitergehende Regelungen in diesen Bereichen bei der Erstfassung der Zentrums-Regelungen. Eine Anpassung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten in diesen Bereichen prüft der G-BA in den folgenden Beratungen zur Aktualisierung der Regelungen und wird dann die Änderungsvorschläge in die Beratungen einbeziehen. Es wird im Übrigen kein konkreter Änderungsvorschlag gemacht. LV: Kenntnisnahme DKG: Siehe Nr. 5	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Jugendrheumatologie (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP)				
7.	Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)	Des Weiteren stellen wir mit Bedauern fest, dass bei der Definition verschiedener Zentren, insbesondere z.B. für Lungenerkrankung, Kinder und Jugendliche nicht mit einem Wort erwähnt werden.	Dieses erkennt auf gröbste Weise die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen aus diesen Fachgebieten, die einer hochspezialisierten Betreuung bedürfen.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr.6 LV: Kenntnisnahme DKG: Siehe Nr. 5	LV: Nein
8.	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) in Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh),	An verschiedenen Stellen wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass Zentren entweder klinische Studien oder Register leiten oder zumindest aktiv daran teilnehmen sollen. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die Leitung von Registern und Studien in der Kinder- und Jugendmedizin in der Regel in den jeweiligen (Subdisziplin-) Fachgesellschaften verankert ist und durch diese zugeteilt wird. Sicherlich ist es absolut notwendig, von Zentren der Spitzenmedizin eine aktive Teilnahme an Registern und Studien zu fordern. Voraussetzung ist aber nicht die Leitung; die Verpflichtung zur Teilnahme könnte hingegen spezifischer ausformuliert werden, z.B. in Form einer angemessenen Registrierungsquote (Beispiel: Zertifizierung (Kinder-) onkologischer Zentren).		GKV-SV: Ein Krankenhaus nimmt gemäß dann eine besondere Aufgabe als Zentrum wahr, wenn es eine besondere Expertise und besondere Vorhaltungen für die Behandlung zur Verfügung stellt. Diese Vorhaltungen und Expertise müssen jedoch gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich herausstechen. Als ein Indikator kann die regelhafte Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren sowie die Teilnahme an Studien und Registern betrachtet werden. Es wird an keiner	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN), Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP)			Stelle im GKV-Entwurf gefordert, dass das Zentrum Leiter der Studie oder des Registers sein muss. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass ein Zentrum die Erstellung und Führung eines Registers als besondere, zuschlagsfähige Aufgabe vereinbaren kann. Aus den oben ausgeführten Gründen besteht kein Änderungsbedarf im GKV-Vorschlag. DKG: Da die Kinderonkologischen Zentren/Schwerpunkte nach Beschlussfassung als weitere Anlage beraten werden sollen, wird dieser Punkt in den Beratungen berücksichtigt. LV: Kenntnisnahme	
9.	Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)	An verschiedenen Stellen wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass Zentren entweder klinische Studien oder Register leiten oder zumindest aktiv daran teilnehmen sollen. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die Leitung von Registern und Studien in der Kinder- und Jugendmedizin in der Regel in den jeweiligen (Subdisziplin-) Fachgesellschaften verankert ist und durch diese zugeteilt wird. Sicherlich ist es absolut notwendig, von Zentren der Spitzenmedizin eine aktive Teilnahme an Registern und Studien zu fordern. Voraussetzung ist		GKV-SV: s. lfd. Nr. 8 DKG: Siehe Nr. 8 LV: Kenntnisnahme	LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		aber nicht die Leitung; die Verpflichtung zur Teilnahme könnte hingegen spezifischer ausformuliert werden, z.B. in Form einer angemessenen Registrierungsquote.			
10.	Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)	Einrichtung von neuromedizinischen Zentren (Spezifizierung siehe weiter unten)	Die DGN sieht die dringende Notwendigkeit, im Bereich der Neurologie neben den neurovaskulären Zentren weitere neuromedizinische Zentren vorzusehen. Entsprechende Schwerpunkte liegen vielerorts bereits vor. Auf Landesebene wurde das Konzept von neuromedizinischen Zentren anerkannt. Wenn der GBA nun aber die neuromedizinischen Zentren nicht vorsieht, wird dieser auf Landesebene genehmigte Status nicht erlösrelevant werden.	GKV-SV: Zu: • Neuromedizinische Zentren • Neuroonkologische Zentren • Neuromedizinische Zentren für seltene Erkrankungen • Neuroimmunologische Zentren • Neuromedizinische Zentren für Bewegungsstörungen Den Vorschlägen der Fachgesellschaft wird nicht gefolgt. Die aufgeführten Zentren lassen sich entweder unter den bereits in den Anlagen geregelten Zentrumsarten subsumieren oder sind nicht hinreichend beschrieben oder geeignet, um besondere Aufgaben und gegebenenfalls notwendige Qualitätsanforderungen definieren zu können. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				PatV: Die Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie werden in die Liste der offenen Themen für spätere Priorisierungen und Diskussionen aufgenommen. LV: Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	
11.		Neuroonkologische Zentren	Neuroonkologische Zentren stellen eine besondere Expertise und besondere Vorhaltungen für die Behandlung von Tumoren des Nervensystems zur Verfügung. Diese Vorhaltungen und Expertise stechen gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich heraus. Es besteht eine geregelte enge Zusammenarbeit von Neurologen, Neurochirurgen und Strahlentherapeuten. Klare Indikatoren sind die Organisation von interdisziplinären Fallkonferenzen, Kolloquien und Fortbildungen, sowie die regelhafte Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren.	DKG/GKV-SV: s.o. LV: Kenntnisnahme	DKG/GKV-SV/LV: Nein
12.		Neuromedizinische Zentren für seltene Erkrankungen	Nach § 136c Absatz 5 Satz 2 Buchstabe b SGB V liegt eine besondere Vorhaltung vor, wenn zum einen wegen einer geringen Häufigkeit einer Erkrankung (bspw. Betroffenheit	DKG/GKV-SV: s.o.	DKG/GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			von nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen) oder zum anderen wegen der Besonderheit einer Erkrankung eine spezielle Vorhaltung vorliegt. Für derartige Krankheiten halten Neuromedizinische Zentren für seltene Erkrankungen eine besondere personelle Fachexpertise und apparative Ausstattung vor. Entsprechende Zentren sind Deutschland- und Europa-weit vernetzt. Wichtige Aufgaben sind die regelmäßige Durchführung einer interdisziplinären Sprechstunde für nicht gesicherte Diagnosen und die Durchführung spezieller Therapien für seltene Erkrankungen.	PatV: Die Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie werden in die Liste der offenen Themen für spätere Priorisierungen und Diskussionen aufgenommen. LV: Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	
13.		Neuroimmunologische Zentren (MS-Zentren)	Neuroimmunologische Zentren stellen eine besondere Expertise und besondere Vorhaltungen für die Diagnostik und Behandlung von Multipler Sklerose und anderen neuroimmunologischen Erkrankungen zur Verfügung. Diese Vorhaltungen und Expertise stechen gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich heraus. Es besteht eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit Schwerpunktpraxen. Ein spezielles Ausbildungscurriculum für die beteiligten Berufsgruppen liegt vor. Klare Indikatoren sind die Organisation von interdisziplinären Fallkonferenzen, Kolloquien und Fortbildungen, sowie die regelhafte Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren.	DKG/GKV-SV: s.o. LV: Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	DKG/GKV-SV/LV: Nein
14.		Neuromedizinische Zentren für Bewegungsstörungen (Parkinson-Zentren)	Neuromedizinische Zentren für Bewegungsstörungen (Parkinson-Zentren) stellen eine	DKG/GKV-SV: s.o.	DKG/GKV-SV/LV:

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			besondere Expertise und besondere Vorhaltungen für die Behandlung von Parkinsonkranken und Patienten mit anderen Bewegungsstörungen zur Verfügung. Diese Vorhaltungen beinhalten die interdisziplinäre Versorgung einschließlich operativer Verfahren (Hirnschrittmacher). Die Expertise grenzt die Zentren gegenüber ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich ab. Es besteht eine geregelte enge Zusammenarbeit von Neurologen, Neurochirurgen und Naturwissenschaftlern. Klare Indikatoren sind die Organisation von interdisziplinären Fallkonferenzen, Kolloquien und Fortbildungen, sowie die regelhafte Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren.	PatV: Die Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie werden in die Liste der offenen Themen für spätere Priorisierungen und Diskussionen aufgenommen. LV: Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	Nein
15.	Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.	Sehr geehrte Damen und Herren, wir als die Neurologen für Kinder und Jugendliche unterstützen das Anliegen einer Zentrumsdefinition, die die besonderen überörtlichen Aufgaben, spezielle Ausstattung, Vorhaltekosten und fachliche Voraussetzungen berücksichtigt, sehr. Leider ist bei dem vorliegenden Entwurf das „Neuropädiatrische Zentrum“ nicht berücksichtigt worden, und dass, obwohl dem Schwerpunkt Neuropädiatrie durch Größe (das größte Schwerpunktfach) und Differenzierung (z.B.: > 80% sogenannter „seltenen Erkrankungen“ werden in der Neuropädiatrie	Neuropädiatrische Zentren zeichnen sich durch besondere überörtliche Aufgaben, sehr spezielle Ausstattung, hohe Vorhaltekosten und extreme fachliche Voraussetzungen aus. Sie entsprechen sowohl der von den KV und der KHG vorgelegten Zentrumsdefinition und müssen entsprechend ergänzt werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme, kein Änderungsbedarf. Es wird von der Fachgesellschaft nicht hinreichend beschrieben, welche besonderen Aufgaben neuropädiatrische Zentren wahrnehmen und welche Qualitätsanforderungen an die Aufgabenwahrnehmung zu stellen sind. Die Regelversorgung von Kindern mit neuropädiatrischen Erkrankungen wird im Rahmen des DRG-Systems vergütet. Zentren im Sinne dieser Regelungen erbringen besondere	GKV-SV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		diagnostiziert und therapiert) eine herausragende und zunehmende Bedeutung zukommt. Die Gesellschaft für Neuropädiatrie hat bereits 2014 in Anlehnung an Europäische Standards einen Syllabus entworfen, in dem das Fach Neuropädiatrie beschrieben, das neuropädiatrische Versorgungsmodell dargestellt und Zentren verschiedener Versorgungsstufen definiert wurden (Neuropediatrics 2014, siehe Anlagen anbei). Dem von Ihnen vorgestellten Zentren-Definitionsentwurf entsprechen in o.g. Syllabus die „Zentren der neuropädiatrischen Komplettversorgung“ sowie die „Besonders spezialisierten Einrichtungen“ (z.B. Epilepsiezentren, Neuromuskuläre Zentren), die auf Grund ihrer besonderen überörtlichen Aufgaben, speziellen Ausstattung, hohen Vorhaltekosten und hohen fachlichen Voraussetzungen unbedingt in die vorgelegte Zentrumsdefinition aufgenommen werden müssen. Des Weiteren unterstützen wir als Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) die separate Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) unter der Voraussetzung, dass das „Neuropädiatrische Zentrum“ explizit aufgeführt wird.		Aufgaben, die nicht über die DRG-Vergütung abgebildet werden können. Siehe auch lfd. Nr. 10. Für den Bereich der seltenen Erkrankungen sieht der GKV-Vorschlag eine eigene Anlage vor (Anlage I). Sofern ein neuropädiatrisches Zentrum in ein Typ-A Zentrum für seltene Erkrankungen integriert ist, können besondere Aufgaben im Sinne dieser Regelungen wahrgenommen werden. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die DKG setzt sich im kommenden Jahr für die Befassung mit weiteren Zentren/Schwerpunkten ein. Das vorgetragene Zentrum wird dabei berücksichtigt.	
16.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	Forderung nach Regelungen zu eigenständigen Palliativmedizinischen Zentren	Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) bedauert sehr, dass keine Regelungen zu Zentren für die originär palliativ-medizinische Versorgung getroffen werden. Denn neben den onkologisch erkrankten Patienten nimmt die Zahl der nicht onkologisch erkrankten Patienten in der Palliativversorgung kontinuierlich zu. Während im Jahr 2005 noch an-	GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Zu Palliativmedizinischen Zentren sei darauf hingewiesen, dass es sich bei palliativmedizinischen Leistungen um woh-	LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			nähernd 90% der auf einer Palliativ-station behandelten Patienten eine onkologische Diagnose aufwiesen, ist dieser Anteil bis zum Jahre 2018 auf 65 % (Quelle: Nationales Hospiz- und Palliativregister, Stand: September 2019) gesunken. Im Rahmen der Behandlung durch spezialisierte Palliativdienste im Krankenhaus sind es schon nahezu 50% Patienten mit nicht onkologischen Erkrankungen – eine analoge Entwicklung zeigt sich in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (Quelle: Nationales Hospiz- und Palliativregister der DGP). Neben der Sicherstellung der fachspezifischen palliativmedizinischen Versorgung in den Onkologischen Zentren ist deshalb die Entwicklung eigenständiger palliativmedizinischer Zentrumsstrukturen zwingend erforderlich. Für die differenzierte Behandlung dieser zunehmend vielfältigen Erkrankungen mit Bedarf an spezialisierter Palliativbehandlung braucht es Zentren, die Erkenntnisse auf höchstem Niveau bündeln, als Referenz für Best Practice die Behandlungsstandards definieren, die Umsetzung in die Fläche und die lokale und regionale Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsformen für die schwerstkranken Patienten vorantreiben und so die Implementierung in überregionalem Kontext fördern. Das fachgesellschaftliche Modell zu Aufgaben palliativmedizinischer Zentren begründet eine über klare Kriterien definierte und begrenzte Anzahl Zentren, die durch den seit 2015 in §27 SGBV festgeschriebenen Rechtsanspruch jedes Patienten auf Palliativversorgung unterstrichen wird: „Palliativversorgung ist Teil der	nort- und patientennahe Leistungen handelt, die bereits über verschiedene Vergütungsinstrumente gut abgebildet sind: • ZE 60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung Dies ist das älteste ZE für die palliativmedizinische Betreuung eines Patienten der auf einer Station des eigenen Krankenhauses liegt. • ZE 145 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung Dieses ZE ist für Patienten die auf einer spezialisierten Einheit liegen • ZE2019-133 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst (unbewertet) • ZE2019-134 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst (unbewertet) • Möglichkeit zur Ausnahme vom DRG-System	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
			Krankenbehandlung“. Um diesem Anspruch als Leistungserbringer gerecht zu werden, muss eine unmittelbare Verfügbarkeit palliativmedizinischer Expertise u.U. auch durch Vernetzung verfügbar sein. Hier sehen wir eindeutig Palliativzentren als Möglichkeit der im KHSG geforderten überörtlichen krankenhaushübergreifenden Aufgabenwahrnehmung nach §9 Abs 1a 2KHEntgG. Palliativversorgung bietet hierfür sinnvolle, patientennahe Zentrumsmedizin. Die Vernetzung der palliativmedizinischen Versorgung in der Breite (allgemeine Palliativversorgung) mit den spezialisierten Zentren ist Prototyp einer überörtlichen Kooperation, die die Verbesserung der Versorgungsqualität am tatsächlichen Aufenthalts- und Behandlungsort des Patienten bewirkt. Die dafür notwendigen Aufgaben des Zentrums, Kompetenz in den jeweilig zugeordneten Partnerinstitutionen verfügbar zu machen, bedeutet methodisch u.a. den Einsatz von Edukation, die Entwicklung von Standards in der Versorgung, die Vorhaltung von Erreichbarkeit auf Expertenniveau in dem Zentrum selbst und die Koordination von Patientenbehandlung auf Exzellenzniveau. Palliativmedizinische Zentren können dabei über die Prozessqualität dieser Maßnahmen, Kennzahlen und Strukturqualität, wie u.a. in den Zertifizierungskriterien der DGP (Quelle: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Erhebungsbogen_Palliativstationen_20171010.pdf) beschrieben und identifiziert werden. Die beschriebenen Zentrumsaufgaben sind dabei nicht über die Refinanzierung der Krankenbehandlung gedeckt,	tem als Besondere Einrichtung (Kosten GKV ca 75 Mio €) PatV: Die Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie werden in die Liste der offenen Themen für spätere Priorisierungen und Diskussionen aufgenommen. Angesichts der Tatsache, dass Aufgaben in Zentren gemäß dieser Richtlinie nur in diesen Zentren mit Zuschuss entgeltwirksam sind, plädiert die PatV dafür, sicherzustellen, dass qualifizierte Palliativversorgung Teil der Regelversorgung sein soll und dort ausgebaut werden muss. Deshalb keine Änderung des Beschlussentwurfs. LV: Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			sondern berechtigen eine Zuschlagsfinanzierung, die den notwendigen Ressourceneinsatz kompensiert. Besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist analog in Pädiatrischen Palliativzentren Rechnung zu tragen. Ein Konzept zu Aufgaben und Kriterien von Palliativzentren bzw. Pädiatrischen Palliativzentren liegt seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bereits vor und kann bei Bedarf in die fachliche Diskussion eingebracht werden.		
17.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften begrüßen die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren. Die damit erreichte Vereinheitlichung ermöglicht Transparenz und stellt eine bundesweit einheitliche Grundlage für die Organisation onkologischer Versorgungsstrukturen dar. Besonders positiv ist die klare Bezugnahme auf die im Rahmen des Nationalen Krebsplans des Bundesministeriums für Gesundheit bereits definierten Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte onkologische Versorgung. Für die Onkologischen Zentren konnte im Sinne des Nationalen Krebsplans erreicht werden, dass es bundesweit ein Zertifizierungsverfahren gibt, an dem sich alle onkologisch tätigen Fachgesellschaften beteiligen. Somit gibt es in der Onkologie auch lediglich einen Standard für Onkologische Zentren, der durch die Fachgesellschaften getragen wird. Dieser Standard stellt an vielen Stellen die Grundlage für die Inhalte des Be-	1. Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, Rauh C, Bani MR, Knob S, Petsch S, Schick S, Fasching PA, Hartmann A, Lux MP, Haberle L. Quality assured health care in certified breast centers and improvement of the prognosis of breast cancer patients. <i>Onkologie</i>. 2011;34(7):362-7. 2. Haj A, Doenitz C, Schebesch K-M, Ehrensberger D, Hau, P., Putnik K, et al. Extent of Resection in Newly Diagnosed Glioblastoma: Impact of a Specialized Neuro-Oncology Care Center. <i>Brain Science</i>. 2017;8 (5). 3. Trautmann F, Reißfelder C, Pecqueux M, Weitz J, Schmitt J. Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care. <i>Eur J Surg Oncol</i>. 2018. doi: 10.1016/j.ejso.2018.05.013 4. Völkel V, Draeger T, Gerken M, Fürst A, Klinkhammer-Schalke M. Langzeitüberleben von Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen: Ein Vergleich von Darmkrebszentren und nicht zertifizierten Krankenhäusern. <i>Gesundheitswesen</i>. 2018. DOI: 10.1055/a-0591-3827	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		schlussentwurfs dar. Das ist umso erfreulicher, weil die seit 2008 bestehenden Zertifizierungsanforderungen bereits zeigen konnten, dass sie in der Versorgung anwendbar sind und zudem die Qualität der onkologischen Behandlungen verbessern. So wurde durch verschiedene Publikationen belegt, dass in den zertifizierten Zentren in Abhängigkeit von der Tumorentität eine Verbesserung des Gesamtüberlebens und des krankheitsspezifischen Überlebens, eine Reduktion der postoperativen Mortalität und der 30-Tage-Mortalität sowie eine Verbesserung des funktionellen Outcomes nach Operation erreicht wird [1-8]. Die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Onkologischen Zentren nehmen in dem Beschlussentwurf somit eine Sonderstellung ein, da sie auf bereits positiv evaluierten Vorgaben aufbauen können.	5. Weinhold I, Keck T, Merseburger A, Rody A, Wollenberg B, Wende D, Hackl D, Elsner C. [Utility Analysis of Oncological Centre Building in the Field of Colorectal Cancer]. Zentralbl Chir. 2018;143(2):181-92 6. Kreienberg R, Wöckel A, Wischnewsky M. Highly significant improvement in guideline adherence, relapse-free and overall survival in breast cancer patients when treated at certified breast centres: An evaluation of 8323 patients. The Breast 40 (2018): 54-59 7. Hoffmann H, Passlick B, Ukena D, Wesselmann S. Chirurgische Therapie des Lungenkarzinoms: Argumente für die Behandlung in großen Zentren. Zentralblatt für Chirurgie – Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie 2019. DOI: 10.1055/a-0806-8021. 8. Butea-Bocu MC, Brock O, Otto U (2018) Certification - a necessary inconvenience? Oncol Res Treat 41(suppl 1) VII–221 (2018) e-ISSN 2296–5262		
18.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>Zu § 1 bis § 4 Absatz 3 Stellungnahme</u> Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Vorschläge des/der GKV-SV/PatV/KBV für die Definition der Rechtsgrundlage, des Zentrumsbegriffs, der Ausgestaltung der näheren Aufgaben und die Abgrenzung zu anderen Aufgaben. Für die Versorgung von Patienten mit malignen Erkrankungen sollen die Kriterien für Onkologische Zentren gelten.	Mit den Ausführungen werden die notwendigen Grundlagen für die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren klar definiert und erlauben eine eindeutige Orientierung.	GKV-SV/KBV/PatV/LV: Zustimmung DKG: Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
19.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	(...) Kritisch ist die Auswahl der Krankheitsbilder zu sehen, die in den hier genannten Zentren abgebildet sind. Hierbei fehlen mit der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie der Inneren Medizin und Gastroenterologie die beiden Fächer, die in den meisten Akutkrankenhäusern den Schwerpunkt der Patientenversorgung bilden. Die nichtmalignen Erkrankungen der Verdauungsorgane (ICD K00-K93) sind nach den Herz-Kreislaufstörungen die mit Abstand häufigsten Krankheiten in Deutschland: Jährlich werden 2 Millionen Menschen mit Krankheiten der Verdauungsorgane im Krankenhaus behandelt, und die Behandlung erfordert mehr als 11 Millionen Belegungstage (Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2016, Kap. 4.1.1, S. 120; Weißbuch Gastroenterologische Erkrankungen 2020/21, S. 1). Dies sind nahezu doppelt so viele wie für die Erkrankungen der Lunge (J00-J99) oder die psychischen Erkrankungen (F00-F99) und zweieinhalbmal so viele wie bei den neurologischen Krankheiten (G00-G99). Die bösartigen Erkrankungen von Magen-Darm-Trakt, Leber und Pankreas (ICD C15-C26) führen in deutschen Krankenhäusern zu 320.000 Behandlungsfällen mit 3,3 Millionen Behandlungstagen und fordern 24.000 Todesfälle. Damit sind die Krebserkrankungen der Verdauungsorgane häufiger als die der Lunge (C32-C34) und mehr als doppelt so häufig wie der Brustkrebs der Frau (C50) oder die hämatologischen Malignome des Blutes und der Lymphdrüsen (C81-C96) (Weißbuch Gastroenterologische Erkrankungen 2020/21, S. 7). Es ist unzweifelhaft, dass hier äußerst komplexe Krankheitsbilder vorliegen,		GKV-SV/KBV: Die Auswahl für die Erstfassung der Zentrums-Regelungen umfasst diese Krankheitsbilder bewusst nicht. Die Änderungsvorschläge werden im Rahmen der weiteren Beratungen zu den Regelungen geprüft. LV: Kenntnisnahme DKG: Kenntnisnahme, Die viszeralmedizinischen Zentren/Schwerpunkte werden im weiteren Beratungsprozess nach Beschlussfassung in der Arbeitsgruppe eingebracht und beraten. Die DKG setzt sich darüber hinaus in ihrem Beschlusssentwurf für besondere Aufgaben für singuläre Organkrebszentren ein. PatV: Die Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie werden in die Liste der offenen Themen für spätere Priorisierungen und Diskussionen aufgenommen.	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		die auf eine spezialisierte interdisziplinäre Versorgung in hohem Maße angewiesen sind. Es besteht die Gefahr, dass durch die hier getroffenen Zentrumsregelungen für ausgewählte Fächer eine ökonomisch begründete Verschiebung der Patientenversorgung in den Krankenhäusern zum Nachteil der Versorgung der oben genannten Patientengruppen mit Erkrankungen der Bauchorgane entsteht. Daher ist es sinnvoll interdisziplinäre viszeralmmedizinische Zentren vorzuhalten, die mindestens die Fachabteilungen Viszeralchirurgie, Gastroenterologie und Radiologie umfassen und u.a. eine spezialisierte interventionelle Endoskopieeinheit mit 24/7 Notfallbereitschaft für Patientinnen und Patienten und andere Leistungserbringer vorhalten. Diese Zentren kooperieren mit Transplantationszentren und führen regelhaft die Diagnostik und Evaluation von Patienten durch, die einer Lebertransplantation bedürfen. Diese Einrichtungen übernehmen als besondere Aufgaben interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten, auch für andere Krankenhäuser, sowie regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten bei Erkrankungen der Bauchorgane. Die DGVS unterstützt den Vorschlag, Onkologische Zentren zu definieren. Die DGVS unterstützt dabei die Anmerkungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Gastroenterologie befasst sich seit vielen Jahren durch die			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Koordination von S3-Leitlinien und deren Implementierung u.a. in Organkrebszentren intensiv mit der Qualitätssicherung in der Viszeralmedizin. Gastrointestinale Tumoren machen hinsichtlich ihrer Inzidenz und ihrer Mortalität einen Großteil der Tumorerkrankungen in Deutschland aus. Die DGVS sieht die Notwendigkeit eine Zentrumsversorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, weist aber darauf hin, dass ein Regelungsbedarf ebenfalls für zertifizierte Organkrebszentren, wie z.B. Darmkrebszentren oder Pankreaszentren, besteht, die außerhalb von Onkologischen Zentren qualitativ hochwertige Versorgung mit nachgewiesener Verbesserung des Überlebens von Patienten liefern und die ähnliche strukturelle Belastungen wie in Onkologischen Zentren organisierte Einrichtungen, z.B. in den interdisziplinären Tumorboards oder im Bereich Psychoonkologie, tragen. So kann auch außerhalb von Ballungszentren eine nachprüfbar qualitativ hochwertige onkologische Versorgung gewährleistet werden.			
20.	Stiftung Deutsche Krebs-hilfe	Die Stiftung Deutsche Krebshilfe begrüßt die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren, insbesondere die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Onkologischen Zentren, die in dem Beschlussentwurf eine Sonderstellung einnehmen, da sie bereits auf positiv evaluierten Vorgaben aufbauen können. Die Deutsche Krebshilfe schließt sich insofern auch der dem Gemeinsamen Bundesausschuss bereits vorliegenden Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. uneinge-		GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme PatV: Die Anmerkungen der Stiftung wurden gewürdigt und zur Kenntnis genommen. Die PatV stimmt vielen der vorgetragenen Punkte zu, sieht aber keine Möglichkeit zur Änderung des Beschlussentwurfs.	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		schränkt an. Im Kontext der Ausführungen/Anmerkungen/Hinweise der Deutschen Krebsgesellschaft erscheint es uns jedoch wichtig, das in den letzten 12 Jahren von uns initiierte und entwickelte Strukturelement der Onkologischen Spitzenzentren (Comprehensive Cancer Center/CCCs) deutlich und mit dem entsprechenden Stellenwert für das Gesamtkonzept von Krebszentren herauszustellen: Mit dem Ziel, die Effizienz der onkologischen Versorgung zu steigern, diese stetig zu verbessern und flächendeckend in Deutschland auf ein qualitätsgesichertes hohes Niveau zu bringen, haben die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft das sogenannte 3-Stufen-Strukturmodell für die künftige Versorgung von Tumorpatienten entwickelt: • Onkologische Spitzenzentren (CCCs) • Onkologische Zentren • Organkrebszentren. Die Krankheit Krebs in allen ihren Erscheinungsformen bedarf grundsätzlich einer spezialisierten Patientenversorgung in hoch kompetenten Einrichtungen. Um dies flächendeckend sicher zu stellen, bedurfte es aus Sicht der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft neuer organisierter und abgestimmter Strukturen. Neben den von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Organkrebszentren und klinischen Onkologischen Zentren wurden von der Deutschen Krebshilfe die CCCs initiiert und seit dem Jahre 2007 gefördert - mit zwei komplexen			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Aufgabenfeldern: Zum einen umfassende Patientenversorgung für alle Tumorentitäten mit Einbindung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten der jeweiligen Region (Etablierung regionaler onkologischer Versorgungsnetzwerke). Zum anderen die Durchführung translationaler Forschung, Entwicklung innovativer Versorgungsstrategien, Durchführung klinischer Studien - mit Zugang für regionaler Versorgungsnetzwerke - sowie Impulsgeber in allen Bereichen der Krebsbekämpfung. Auch die CCCs müssen - nach einer Vereinbarung zwischen Deutscher Krebsgesellschaft und Deutscher Krebshilfe - die Voraussetzungen DKG-zertifizierter Onkologischer Zentren erfüllen. Derzeit werden 13 universitäre CCCs gefördert. Zukünftig wird die Bildung und Förderung von CCC-Konsortien als notwendige und sinnvolle Weiterentwicklung verfolgt. Damit soll eine bessere Vernetzung und abgestimmte zentrumsübergreifende Zusammenarbeit von CCCs und darüber hinaus eine breitere Flächendeckung erreicht werden. Ein Beispiel für die Entwicklung innovativer Versorgungsstrategien ist das Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs - derzeit von Deutscher Krebshilfe und Krankenkassen gefördert -, das eine zentrale Netzwerkstruktur zwischen den CCCs implementiert mit einer harmonisierten breiten genomischen Test- und Befundinterpretation, Therapieempfehlung, Datensammlung und Evaluation sowie einer wohnortnahen dezentralen Behandlung für Patienten. Damit wird über die CCCs ein rascher Innovationstransfer in die Breite der Versorgung ermöglicht. Weitere Leistungen der Spitzenzentren und			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		deren Netzwerk als Plattform im Sinne einer Wissen generierenden Versorgung sind Zweitmeinungssprechstunden, molekulare Tumorboards sowie der Aufbau regionaler Studiennetzwerke sowie umfassende 'Outreach-Programme', die Informationen über Präventions- und Therapiemöglichkeiten auch der breiten Bevölkerung und den Angehörigen von Patienten nahe bringen. In den CCCs werden ebenfalls zahlreiche supportive Angebote aus den Bereichen Sport- und Ernährungsmedizin erprobt, angeboten, ausgewertet und weiterentwickelt. Die Festlegung von Kriterien für CCCs erfolgte unter Mitwirkung und Expertise von zahlreichen Experten aus der Krebsmedizin und -forschung sowie anderen Bereichen der Krebsbekämpfung aus dem In- und Ausland. Zur Aufrechterhaltung und Festigung der durch die Deutsche Krebshilfe und Deutsche Krebsgesellschaft geschaffenen Zentrumsstrukturen, der Mehrwerterhaltung sowie der Vernetzung und des Qualitätstransfers in die regionale Umgebung bedarf es einer adäquaten Grundfinanzierung der übergeordneten Aufgaben in den CCCs, Onkologischen Zentren und Organkrebszentren, damit unter anderem die angehörigen umliegenden Krankenhäuser sowie die involvierte niedergelassene Ärzteschaft von der Expertise und den Strukturen des gesamten regionalen Onkologischen Netzwerks profitieren. Die Koordination der Zentrumsaktivitäten, interdisziplinäre Tumorkonferenzen, die Einbindung niedergelassener Ärzte und peripherer Krankenhäuser in standardisierte Behandlungs- und			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Versorgungspfade, die Schulung/Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften in der Region, Maßnahmen zum Aufbau der Patientenkompetenz sowie das Vorhalten einer Biobank (insbesondere in CCCs) als Grundlage für Einsätze personalisierter Medizin sind nur einige Beispiele für Aufgabenfelder, die zu einer Patientenversorgung auf hohem Niveau beitragen, die allerdings gegenwärtig nicht regelfinanziert sind, wobei aufgrund des gestuften Aufgabenspektrums Kosten in CCCs und Onkologischen Zentren aufgrund gestufter Leistungen unterschiedlich anfallen. Verwiesen wird an dieser Stelle auf das im Jahr 2018 von der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft veröffentlichte Prognose Gutachten (https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Stellungnahmen/Prognos_Endbericht_Deutsche_Krebshilfe.pdf). Vor dem Hintergrund dieser ergänzenden Stellungnahme wird nochmals betont, dass die Deutsche Krebshilfe die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren außerordentlich begrüßt.			
21.	Bundesärztekammer (BÄK)	(...) Die detaillierte und kleinteilige Festlegung, wie sie in den Anlagen vorgenommen wird, ist jedoch nicht zielführend, sinnvoller wäre es, im allgemeinen Teil generelle Mindestanforderungen aufzuführen, die von allen Zentren erbracht werden müssen. Die sehr hohen Anforderungen im Beschlussentwurf des GKV-SV dürften zu einer eklatanten Reduzierung von Zentren im entgeltrechtlichen Sinne führen. Im Sinne einer fachgebiets- und leistungserbringerübergreifenden		DKG: Kenntnisnahme, Die DKG geht im Einzelnen auf die Stellungnahme des Beschlussentwurfs näher ein. PatV: Die PatV sieht in der Stellungnahme der BÄK eine Vielzahl ihrer eigenen Argumente bestätigt. Dazu gehört auch der Aspekt	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Versorgung von Patienten mit komplexen, oftmals chronischen und besonders anspruchsvollen Erkrankungen, sollten definierte besondere Aufgaben jedoch auch zukünftig nicht ausschließlich durch die als „Leuchttürme“ bezeichneten Leistungserbringer erbracht und vergütet werden. Es ist zu überlegen, ob eine Konkretisierung von besonderen Aufgaben nicht auch eine nähere Beschreibung der Aufgabenerfüllung an sich umfassen sollte, d. h. Kriterien wie z. B. eine interdisziplinäre Fallkonferenz, ein fachgebundenes Kolloquium oder auch die Erarbeitung von Behandlungspfaden und SOPs, zuschlagsfähig machen. Es erschließt sich der Bundesärztekammer nicht, warum der Schwerpunkt der besonderen Aufgaben auf Leistungen für Patienten anderer Krankenhäuser gelegt werden sollen. Die genannten Zentren behandeln Patienten mit hoch-komplexen Krankheitsbildern. Deren Versorgung sowie die damit verbundenen Koordinations- und Netzwerkleistungen werden durch DRG-Pauschalen nicht angemessen abgebildet. Diese Leistungen müssen sachgerecht vergütet werden. Es stellt sich gerade in Bezug auf die Ausführungen des GKV-SV die Frage, inwieweit im Rahmen der Erarbeitung des Beschlussentwurfes eine Folgenabschätzung stattgefunden hat. So wäre es für eine Beurteilung des Entwurfes hilfreich zu wissen, wie viele Krankenhäuser nach derzeitigem Stand die Anforderungen erfüllen würden und wie diese deutschlandweit verteilt wären. Wichtig und entscheidend für die letztendliche Ausgestaltung und Auswirkungen ist die Frage nach der Feststellung und Überprüfung		der fehlenden Folgeabschätzung der getroffenen Regelungen. Die PatV bedauert an dieser Stelle, dass bei der Festlegung von Kriterien keine Angaben zu Auswirkungen auf die Zentren in der Versorgungslandschaft zur Verfügung standen um zu überprüfen, ob es zu einer möglichen Reduzierung von Zentren kommt. In diesem Rahmen war es in der Tat nicht möglich, Vorgaben zu formulieren, die die Auswirkungen auf das Verhältnis von Versorgungsschwerpunkt(zentren) und "Leuchttürmen" berücksichtigen. Die PatV schließt sich der Einschätzung der BÄK an, dass besondere Aufgaben von Zentren auch den "eigenen" Patienten zu Gute kommen müssen. Nur aus der spezialisierten Versorgung von Patienten in der Behandlung der Experten entsteht ja die besondere Expertise. Die Überprüfung der Zentrumsregelung auf die Weiterbildung von Ärzten gilt es in der Tat im Blick zu behalten, um das Niveau spezialisierter Versorgung auch in der Fläche zu er-	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		der durch den G-BA definierten Anforderungen. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass diese verbindlich im Rahmen der krankenhaushausplanerischen Feststellung nach § 2 Abs. 2 KHEntG erfolgen (...). Ebenfalls sehr wichtig ist aus Sicht der Bundesärztekammer die Berücksichtigung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte. Sofern einzelne Kompetenzen, die in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vorgeschrieben sind, nur an Zentren erworben werden können, muss jeder betroffene Arzt einen Teil seiner Weiterbildung dort abgeleistet. Dies kann zu Engpässen führen, die durch verpflichtende Kooperationsverträge mit anderen Krankenhäusern verhindert werden können (...). Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich eine Ausgestaltung der Zentrums-Regelung, die sowohl eine faire und sachgerechte Vergütung von Leistungen ermöglicht, die mit den aktuellen Finanzierungskonzepten nicht abgedeckt sind, als auch Patienten und anderen Leistungsanbietern eine Orientierung zu den Versorgungsangeboten der hochspezialisierten Medizin bietet. Hierfür ist ein zentralisiertes, aber gleichzeitig flächendeckendes Angebot mit einheitlichen Standards die Voraussetzung. Am Beispiel der Forderungen von GKV-SV und PatV zur Ausgestaltung der Zentren für Seltene Erkrankungen (SE) stellt sich der Bundesärztekammer jedoch die Frage, wie viele Krankenhäuser nach der Umsetzung überhaupt die Anforderungen erfüllen würden.		halten. Auch hier fehlt die entsprechende Folgeabschätzung. Die von BÄK gestellte Frage zu Auswirkungen auf die Versorgung seltener Erkrankungen in der Fläche verweist zu Recht auf fehlende Folgeabschätzungen.	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Die ausformulierten Anforderungen scheinen hier teilweise über die Anforderungen von NAMSE selbst hinausgehen (z.B. Institut für Humangenetik und Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort). Die Vorgabe der Mindest-Patientenzahlen (5.000 Patienten mit einer seltenen Erkrankung als Hauptdiagnose) erscheint angesichts der Grundgesamtheit an Patienten mit seltenen Erkrankungen, der Schwierigkeiten bei der Kodierung der Erkrankungen und des hohen Anteils an Patienten, die in den Zentren einen diagnostischen Prozess durchlaufen ohne letztendlich eine SE-Diagnose zu erhalten, unrealistisch und auch unnötig. Auch die Vorgaben für Herzzentren, wie z. B. Mindestzahlen, oder auch für Onkologische Zentren, wie die 24/7-Verfügbarkeit eines Pathologen, dürften nur von sehr wenigen Zentren erfüllbar sein. Bei einigen dieser Vorgaben erschließt sich der Bundesärztekammer kein Zugewinn an Qualität für die Patienten. Es scheint eher ein Bestreben zugrunde zu liegen, die Zahl der Zentren auf ein Minimum zu reduzieren. Die Bundesärztekammer hält es für wichtig, dass bei der Ausgestaltung von Qualitätsvorgaben entsprechende Konzepte medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften berücksichtigt werden. Sie hält es aber aus systematischen Gründen für kritisch, wenn pauschal auf Leitlinien oder „Weißbücher“ von einzelnen Fachgesellschaften oder Verbänden verwiesen wird. Zum einen ist es in aller Regel erforderlich, die Perspektive unterschiedlicher Fachgesellschaften miteinander		Die PatV stimmt dem Hinweis der BÄK zu, dass Verweise auf Fachkonzepte und Leitlinien möglichst konkret zu benennen sind, um sicherzustellen, dass entsprechende Fachdiskurse zeitnah und themenspezifisch Berücksichtigung finden.	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		abzugleichen. Zum anderen würde der Verordnungsgeber mit einem pauschalen Verweis seine Gestaltungsmöglichkeiten aus der Hand geben, da jede Änderung der entsprechenden Dokumente automatisch eine Änderung der Mindestanforderungen des G-BA nach sich zöge. Die Bundesärztekammer spricht sich deswegen dafür aus, die Vorgaben auf Grundlage der fachlichen Vorarbeiten der Fachgesellschaften auszuwählen und explizit zu benennen. Die Auflage für ein Zentrum, „mindestens jährlich wissenschaftliche Publikationen“ zu veröffentlichen (§ 1 Abs. 3 Anlage 1), ist aus wissenschaftlicher Sicht kontraproduktiv. Publiziert wird, wenn ein fachlicher Anlass dazu besteht. Publikationen nach Zeitvorgabe sind wenig sinnvoll und tragen zur Aushöhlung der Wissenschaften bei. Der Auflage für ein Zentrum, als „besondere Maßnahmen“ des Qualitätsmanagements PDCA-Zyklen durchzuführen, liegt offenbart ein Miss- oder Fehlverständnis von Qualitätsmanagement zugrunde. Der PDCA-Zyklus stellt ein Grundprinzip des Qualitätsmanagements dar. Dies als „besondere Maßnahme“ zu deklarieren und gesondert einzufordern, ist nicht zielführend – nicht nur vor dem Hintergrund der G-BA-eigenen Qualitätsmanagement-Richtlinie, die immerhin § 2 Abs. 4 Anlage 1 Erwähnung findet.		Im Sinne der Transparenz und der Teilhabemöglichkeit der Fachöffentlichkeit an der Expertise der Zentren ist eine Vorgabe zur Publikation sinnvoll und geboten. Über den Turnus lässt sich reden. Eine Vorgabe zur Darlegung eines vollständigen QS-Verfahrens und der Verpflichtung zur Dokumentation von Auswertungsergebnissen ist aus Sicht der PatV zielführend. PatV: hat die Vorschläge der BÄK gewürdigt, ohne eine Notwendigkeit zur Änderung der Beschlussvorlage zu sehen. GKV-SV: Kenntnisnahme Zu den einzelnen angesprochenen Punkten wird wie folgt Stellung genommen:	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Der Schwerpunkt der besonderen Aufgaben wird aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des § 136c Abs. 5 S. 2 und S 3 SGB V auf Leistungen für Patienten anderer Krankenhäuser gelegt. Der gesetzliche Auftrag sieht explizit vor, dass nur solche Aufgaben von Zentren als zuschlagsfähig gelten, die nicht bereits anderweitig finanziert werden. Dies schließt Aufgaben zur Versorgung eigener Patienten aus. Es geht nicht darum, eine vermutete Unterfinanzierung im DRG-Fallpauschalensystem auszugleichen. Kein Krankenhaus wird durch diese Regelungen in der Erbringung von Regelleistungen eingeschränkt. Die von der GKV geforderten Regelungen und Mindestanforderungen beruhen auf bereits etablierten Konzepten einschlägiger Fachgesellschaften, z.B. aus Zertifizierungsverfahren. Der Behauptung der Bundesärztekammer, dass die Anforderungen von kaum einem Krankenhaus erfüllt werden, entbehrt damit jeglicher Grundlage. Eine Folgenabschätzung und Evaluation der Regelung ist	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				nach § 136c Abs. 5 SGB V nicht vorgesehen. Da diese Regelungen keine Auswirkungen auf die Regelversorgung haben werden, sondern lediglich die Übernahme zusätzlicher, besonderer Aufgaben betreffen, ist eine Folgenabschätzung verzichtbar. Die allgemeine Aus-, Weiter- und Fortbildung von medizinischem und pflegerischen Personal ist Bestandteil der DRG-Vergütung und stellt keine besondere Aufgabe von Zentren dar. Bei den hier adressierten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen handelt es sich ausschließlich um zentrumsspezifische Veranstaltung, die der Vermittlung besonderer seltener Expertise dienen sollen (z.B. Aufklärung zu Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen). Zu den Mindestfallzahlen bei seltenen Erkrankungen: Die BÄK erkennt, dass es mehr als 8000 seltene Erkrankungen gibt und ein Zentrum ein möglichst breites Spektrum an seltenen Erkrankungen abdecken soll, um umfassende Erfahrung in der Diagnostik und	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Behandlung von seltenen Erkrankungen vorzuweisen. In den Tragenden Gründen, z.B. zu Anlage I, wird dargestellt, wie die geforderten Fallzahlen nachvollzogen werden können. Zur Verfügbarkeit der Pathologie: Die Deutsche Krebsgesellschaft hat einen Änderungsvorschlag für die Forderungen des GKV-SV einer 24/7-Verfügbarkeit eines Pathologen für Onkologische Zentren gemacht, der vom GKV-SV in angepasster Form übernommen wird (vgl. Würdigung Anlage II). Wird in den Anlagen auf konkrete Leitlinien oder „Weißbücher“ von einzelnen Fachgesellschaften oder Verbänden verwiesen, sind dies stets statische Verweise, d.h. die Verweise sind mit einem Datum der konkreten Fassung der Leitlinie oder des Weißbuches etc. versehen, auf die verwiesen wird. Eine automatische Änderung der Inhalte der Anlagen durch eine Aktualisierung von Leitlinien o.ä. wird damit also explizit verhindert. Die Mitarbeit eines Zentrums an Leitlinien und Konsensuspapieren sowie die internationale	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Vernetzung mit Experten anderer Referenzzentren sollte selbstverständlich sein. Die Erstellung von wissenschaftlichen Publikationen ist ebenfalls eine Grundvoraussetzung. Dies gilt als Indikator für eine aktive Mitwirkung an der Erforschung von Erkrankungen sowie an der Entwicklung von einheitlichen Diagnostik- und Therapiestandards. Bei der Mindestanforderung des PDCA-Zyklus in den einzelnen Anlagen geht es nicht um die allgemeine Qualitätssicherung der Regelversorgung von Patientinnen und Patienten, sondern um die Qualitätssicherung der besonderen Aufgabenwahrnehmung des Zentrums. Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet. Die Angaben zu qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen des PDCA-Zyklus, die im Übrigen auch als besondere Aufgabe vergütet	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				werden, müssen jedoch gut definiert sein, um sicherzustellen, dass nicht Daten erhoben werden, deren Verwendung dann aufgrund der geringen Standardisierung ausgeschlossen ist. LV: Kenntnisnahme Zur Verfügbarkeit der Pathologie: Die Deutsche Krebsgesellschaft hat einen Änderungsvorschlag für die Forderungen des GKV-SV einer 24/7-Verfügbarkeit eines Pathologen für Onkologische Zentren gemacht. Dieser sollte übernommen werden	
22.	Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V. (DGKL)	die Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V. (DGKL) begrüßt die Bestrebungen zur Regelung von medizinischen Zentren und Schwerpunkten, da dies mit der Qualitätssicherung und der Bereitstellung und Aufrechterhaltung hoher medizinischer Standards einhergeht und somit insgesamt dem Patientenwohl dient. Die DGKL möchte an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hinweisen, dass die Laboratoriumsmedizin ein essentieller Partner und Leistungserbringer für die Diagnostik und Therapie von Krankheiten darstellt.	Labormedizinische Befunde bilden die Grundlage für einen Großteil ärztlicher Entscheidungen. Labormediziner sind, zusammen mit ihren klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, eng in die Behandlung von Patienten involviert, ganz besonders bei Seltenen Erkrankungen, z.B. seltenen Stoffwechselstörungen oder auch bei Patienten mit Tumorerkrankungen. Dies gilt auch für die Bildung von interdisziplinären Teams.	GKV-SV Die DGKL erkennt, dass es bei dem Zentrumskonzept nicht um Regelversorgung geht, die über das DRG-System vergütet wird, sondern um besondere Aufgaben, welche nicht im Rahmen der DRG-Systeme vergütet werden können. DKG: Die DKG sieht die Laboratoriumsmedizin ebenfalls als Partner und Leistungserbringer für die Diagnostik und Therapie. Mit den Regelungen ist die Laboratoriumsmedizin erfasst und keinesfalls ausgeschlossen.	GKV-SV/ DKG/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Vor diesem Hintergrund würden wir es ausdrücklich begrüßen, wenn die Labormedizin als eigenständige, relevante medizinische Disziplin in den o.g. Punkten auch explizit als solche genannt wird. Wir möchten daher die Empfehlung aussprechen, den Beschluss dahingehend zu konkretisieren und labormedizinische Leistungen aktiv einzubeziehen.	ziplinären Fallkonferenzen sowie Netzwerkpartnern, da der fachliche, interdisziplinäre Austausch für eine qualitativ hochwertige Behandlung von Patienten unerlässlich ist. Aus Sicht der DGKL ist es unerlässlich, alle für eine gesicherte Patientenversorgung relevanten Faktoren und Fachbereiche mit ihren jeweiligen Leistungen auch konkret zu definieren und zu würdigen. Leider müssen wir feststellen, dass dies in dem vorliegenden Beschlussentwurf für den Fachbereich Laboratoriumsmedizin nicht der Fall ist.	LV: Kenntnisnahme	
23.	Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ)	Bei dem Thema zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen), haben wir festgestellt, dass wir nach Durchsicht der Aktenlage keine unmittelbaren Anhaltspunkte sehen, dass die DGKiZ sich im Moment dort konkret einbringt. Es geht bei der Stellungnahme um die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren in Bezug auf das Krankenhausentgeltgesetz (also voll- oder teilstationär). Durch unsere konsiliarische Tätigkeit in verschiedenen Kliniken sind wir deshalb gar nicht abgebildet und hiervon nicht direkt betroffen. Allerdings sollte in spezifischen Zentren kinderzahnärztliche Kompetenz strukturell abgebildet werden. Das sind u.a. kideronkologische Zentren, Kinderherzzentren und Zentren		GKV-SV: Kinderzahnärztliche Behandlung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes Teil der Regelversorgung und am Fall finanzierbar. Die kinderzahnheilkundliche Mitbehandlung, z.B. bei seltenen Erkrankungen, ist eine normale Aufgabe, keine besondere Aufgabe. Es ist darüber hinaus anzumerken, dass es sich bei kinderzahnärztlicher Versorgung üblicherweise um ambulante Leistungen der Regelversorgung handelt, die aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage ohnehin nicht in diesen Regelungen berücksichtigt werden können.	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		für seltene Erkrankungen. Darüber hinaus sollte zahnärztliche Kompetenz grundsätzlich in allen spezifischen Zentren auch für Erwachsene strukturell abgebildet sein. Derzeit ist uns nicht bekannt, ob KZBV bzw. BZÄK an diesem Prozess beteiligt sind. Die Grundidee, dass durch niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte die zahnmedizinischen Fragestellungen (z.B. Fokussuchen) in den im Beschlussentwurf genannten spezifischen Zentren abgebildet werden können, ist aus unserer Sicht völlig unrealistisch. Zentren, die nicht zufälligerweise in der Nähe von einer Universitätszahnklinik gelegen sind, müssen somit weitgehend ohne zahnärztliche Begleitkompetenzen auskommen. Bei den vielfältigen Assoziationen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit gerade bei akut oder chronisch schwer kranken Menschen ist das nicht vertretbar. Denn die zahnärztliche Aus- und Fortbildung beinhaltet nicht die Versorgungen von Patientinnen und Patienten mit den höheren ASA-Klassen, wie sie üblicherweise in solchen Zentren behandelt werden.		DKG/LV: Kenntnisnahme	
24.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Ausgangslage: Bestehende Anforderungen von Fachgesellschaften Für das Ziel einer patientenzentrierten, evidenzbasierten, qualitativ hochwertigen Versorgung engagieren sich die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften seit langem in der Definition von Anforderungen an Zentren und Schwerpunkte. In vielen Bereichen tragen Fachgesellschaften durch freiwillige Einhaltung von Zentrumsanforderungen mit regelmäßiger externer Überprüfung wesentlich zur Verbesserung	So wichtig eine bundesweit einheitliche Regelung der Anforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten ist, sollte die Umsetzung nicht überstürzt erfolgen. Aus Sicht der AWMF ist nach Sichtung der Unterlagen und Stellungnahmen der Mitgliedsfachgesellschaften ein weiterer Klärungsbedarf erforderlich in Bezug auf - fachliche Fragen, für deren Beantwortung die Expertise der Fachgesellschaften unabdingbar ist	GKV-SV: Die AWMF bittet um einen zeitlichen Aufschub des Beschlusses. Dies ist aus Sicht der GKV, vor dem Hintergrund der gesetzlichen Frist nicht vertretbar ist. Die Vielzahl der Stellungnahmen und beteiligten Fachgesellschaften belegt, dass eine hinreichende Befassung mit den vorliegenden Regelungsvorschlägen statgefunden hat.	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		und Einhaltung von hohen Diagnostik- und Behandlungsstandards bei. Bislang sind die Ausweisung von Zentren und die Implementierung von Zentrumsanforderungen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt. Die AWMF begrüßt aus diesem Grund die Konkretisierung der gesetzlichen Aufgabe zur Definition von Zentrumsanforderungen durch den G-BA als bundesweit einheitliche Regelung. Die entsprechenden Vorgaben und Anregungen aus den Fachgesellschaften sollten dabei unbedingt Berücksichtigung finden. Dies insbesondere angesichts der hohen Komplexität der Aufgabe an den Normgeber - die sich sowohl in der großen Zahl und Detailliertheit der Stellungnahmen der Fachgesellschaften widerspiegelt als auch im Beschlussentwurf selbst mit einer ungewöhnlich hohen Zahl unterschiedlicher Vorschläge von verschiedenen Mitgliedern des G-BA und der Ländervertretungen. Trotz der kurzen Stellungnahme haben sich zahlreiche Fachgesellschaften aufgrund der Wichtigkeit der Fragestellung interdisziplinär abgestimmt. Die AWMF regt an, den nach Eingang der schriftlichen Stellungnahmen und Anhörung überarbeiteten Beschlussentwurf erneut in ein Stellungnahmeverfahren zu geben.	- den Detaillierungsgrad der Anforderungen für spezielle Zentren -Vermeidung von Überregulierung und damit verbundenem Verlust intrinsischer Motivation - Überschneidungen mit anderen qualitätssichernden Aktivitäten wie der externen vergleichenden Qualitätssicherung oder der Qualitätsberichterstattung. Ein zweites Stellungnahmeverfahren (unter Beteiligung der im ersten Verfahren aktiven Fachgesellschaften) würde nach unserer Einschätzung wesentlich zu einer hohen Qualität der G-BA Regelung beitragen.	DKG: Kenntnisnahme, Damit die Umsetzung der Regelungen nicht überstürzt erfolgt, sieht die DKG eine Übergangsregelung vor. Zum einen sollen bereits bestehende Zentren die Zeit erhalten, sich an die neuen Qualitätsanforderungen anzupassen und zum anderen sollen Zentren, die aus zeitlichen Gründen noch nicht im G-BA beraten wurden, weiterhin besondere Aufgaben im entgeltrechtlichen Sinne wahrnehmen können. LV: Kenntnisnahme	
25.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Sektorenübergreifende Versorgungserfordernis/Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstrukturen	Nicht nur seitens der AWMF1, auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen2 und vielen weiteren Organisationen, wird eine patienten-zentrierte, sektorenübergreifende Versorgungsplanung gefordert. Eine Fortschreibung der Sektorentrennung ist nicht zielführend.	GKV-SV: Es wird kein konkreter Änderungsvorschlag gemacht. Die Ausweitung der besonderen Aufgaben auf ambulante Leistungen wird abgelehnt, da	GKV-SV/ KBV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Gerade die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Schnittstellenbereichen - u.a. ambulant-stationär – sollte eine notwendigerweise zu erfüllende Qualitätsanforderung für Zentren sein (siehe Stellungnahme der DKG und der am Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft beteiligten Fachgesellschaften, Stellungnahme von DGO, DGU und DGCh zum Entlass- und Verlegungsmanagement sowie speziell zum Aspekt ambulanter Leistungen u.a. zusätzlich Stellungnahmen der DGfE, DGKJ, GPOH, DGHNO-KC). Die Ausgestaltung von Zentren und Schwerpunkten muss sich darüber hinaus an regionalen Gegebenheiten und erkrankungsspezifischen Besonderheiten orientieren (siehe u.a. Stellungnahmen von DGT und DGP).	es hierfür keine Rechtsgrundlage gibt. Siehe hierzu auch Lfd. Nr. 53. DKG: Die DKG befürwortet keine scharfe Grenze zwischen den Sektoren. Integrative Prozesse sind zu unterstützen. Aktive Zusammenarbeit soll im Hinblick auf die Überwindung der Schnittstellenproblematik unterstützt werden. KBV: Obgleich durch den Gesetzgeber derzeit explizit ausgeschlossen, wäre ein sektorenübergreifender Ansatz bei der Definition der besonderen Aufgaben von Zentren wie von der AWMF angemahnt wünschenswert. Damit würden die reale Versorgungslage und die koordinierende Funktion von Zentren über Sektorengrenzen hinweg abgebildet und die optimale Versorgung von Patienten unabhängig von Sektorengrenzen gefördert. Mit der derzeitigen Gesetzesgrundlage ist ein sektorenübergreifender Ansatz bei der Konkretisierung von besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nicht möglich.	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				LV: Kenntnisnahme	
26.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Redaktionellen Aufbereitung der Unterlagen	Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereitgestellten Unterlagen von 105 Seiten eines mehrspaltigen Beschlussentwurfs und 167 Seiten einer mehrspaltigen Begründung jeweils ohne Inhaltsverzeichnis sind nicht für die Kommentierung eines so komplexen Themas geeignet. Zumindest ein interaktives Inhaltsverzeichnis wäre wünschenswert.	GKV-SV: Kenntnisnahme LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein
27.	Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Zu den Anlagen I-X: Leitlinien In den Zentren-spezifischen Anlagen (I-X) ist jeweils unter „Forschungstätigkeit“ (z.B. GKV-SV/KBV/PatV/LV z.B. S. 39 (3)/(4) oder GKV-SV S. 104) aufgeführt: „Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren“ Und in § „besonderen Aufgaben“ der Zentren für seltene Erkrankungen Version Pat-V.: (7.) „Für die strukturierte Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten- und Selbsthilfeorganisationen werden verbindliche Ansprechpersonen eingesetzt, die ... eine Beteiligung an der Erarbeitung von Leitlinien ermöglicht“ Die Initiierung, Organisation und Entwicklung von Leitlinien liegen in der Zuständigkeit der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Von Zentren kann daher keine direkte Mitarbeit an Leitlinien gefordert werden. Allerdings werden von den Fachgesellschaften in der Praxis durchaus Mandatsträger für die Mitarbeit in Leitliniengruppen benannt, die mit Zentren affiliert sind. Die direkte Beteiligung von Patienten-/Selbsthilfeorganisationen ist für S2k und S3 Leitlinien nach dem AWMF-Regelwerk verpflichtend.		GKV-SV: Der Vorschlag der AWMF ist zielführend und im GKV-Vorschlag bereits im Allgemeinen Teil unter § 5 Abs. 6 und 7 berücksichtigt. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme bei der Abhängigkeit von Fachgesellschaften und der Initiierung von Leitlinien und deshalb bei der DKG Position nicht enthalten. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
		Entscheidend ist die Erarbeitung methodisch hochwertiger Leitlinien sowie ggf. daraus zur Unterstützung der Implementierung abgeleiteten „Gemeinsam klug Entscheiden“-Empfehlungen, Informationen für Patient*innen und Vorschlägen für Qualitätsindikatoren. Zum methodischen Anspruch gehört auch, dass Leitlinien kommentiert werden können und sollten. Die Formulierung sollte daher jeweils geändert werden in: -Nennung der Mitarbeit an evidenz- und konsensbasierten interdisziplinären Leitlinien oder -wissenschaftliche Kommentierung von evidenz- und konsensbasierten interdisziplinären Leitlinien bei gesehenem Bedarf.			

Spezifische Stellungnahmen

Allgemeiner Teil

§ 1 Rechtsgrundlage

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
28.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	Die DGAV e.V. unterstützt die Vorschläge des/der GKV-SV/PatV/KBV für die Definition der Rechtsgrundlage, des Zentrumsbegriffs, der Ausgestaltung der näheren Aufgaben und die Abgrenzung zu anderen Aufgaben. Für die Versorgung von Patienten mit malignen Erkrankungen sollen die Kriterien für Onkologische Zentren gelten, für die Versorgung nicht-maligner Erkrankungen sollten Kriterien entwickelt bzw. von der DGAV bereits definierte übernommen werden.	Mit den Ausführungen werden die notwendigen Grundlagen für die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren klar definiert und erlauben eine eindeutige Orientierung.	GKV-SV: Da es sich hierbei um Regelungen für maligne Erkrankungen handelt, sind hier folgerichtig nur entsprechende Kriterien definiert wurden. DKG/LV: Kenntnisnahme, Im Allgemeinen Teil der Zentrums-Regelungen wird weder auf maligne noch auf nicht-maligne Erkrankungen abgestellt. Der Allgemeine Teil findet Anwendung für alle Zentren und es werden keine Erkrankungen ausgeschlossen. PatV: hat den Vorschlag gewürdigt, ohne eine Notwendigkeit zur Änderung der Beschlussvorlage zu sehen.	GKV-SV/LV: Nein

Absatz 1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
29.	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	zu Vorschlag GKV-SV / KBV / PatV Wir begrüßen, dass die Regelungen sich auf voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen beziehen. Zu Vorschlag LV: Nachfolgeparagrafen müssen entsprechend in den Formulierungen geändert werden, damit Übereinstimmung gewährleistet ist!	Die multimodale Schmerztherapie wird seit über 10 Jahren schon vollstationär und/oder teilstationär gemäß OPS durchgeführt und abgerechnet. Insofern ist diese Versorgungsrealität als Grundlage für Zentren aufgreifbar und auszugestalten. Nachfolgend die Behandlungszahlen als grober Überblick basieren mit allein den in der nachfolgenden Quelle aufgeführten Einrichtungen, Quelle Weiße Liste https://www.weiße-liste.de der Bertelsmann-Stiftung OPS 8.918 (vollstationär): 2015: 62.820 2017: 66.686 behandelte Patienten OPS 8.91c (teilstationär): 2015: 70452 2017: 89710 Behandlungstage (!)	GKV-SV: Kenntnisnahme DKG/KBV/PatV/LV: Im Folgenden wird immer von stationären Leistungen gesprochen. Hiermit sind sowohl teil- als auch vollstationäre Leistungen gemeint.	GKV-SV/LV: Nein
30.	Bundesärztekammer (BÄK)	<u>Änderungsvorschlag:</u> (1) „Diese Regelung (...) legt, soweit erforderlich, die Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben fest. Im Rahmen der Festlegungen nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntG ist die Einhaltung der Anforderungen dieser Regelungen durch die Länder zu prüfen. “	Die Ländervertretung fordert in Absatz 1, dass „in diesem Rahmen“ die „Einhaltung der Anforderungen dieser Regelungen zu prüfen“ ist. Da hierzu keine Tragenden Gründe angeführt sind, bleibt unklar, wen die Länder für eine solche Prüfung vorsehen.	GKV-SV: Kenntnisnahme, betrifft nicht den GKV-Vorschlag DKG: Kenntnisnahme, Gem. § 5 Abs. 1 Zentrums-Regelungen können die besonderen Aufgaben wahrgenommen werden, wenn die Qualitätsanforderungen erfüllt sind. In § 1 Abs. 3 Zentrums-Regelungen wird beschrieben, dass die „[...]“	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				Ausweisung und Festlegung einer besonderen Aufgabe“ im entgeltrechtlichen Sinne durch Festlegung (im Krankenhausplan oder gleichartiger Festlegung) der Landesplanungsbehörde zu erfolgen hat. Die Art und Umfang einer Prüfung der Qualitätsanforderungen der Länder sind der Landesplanungshoheit unterstellt. PatV: Keine Anmerkungen dazu, obwohl diese Frage in der Tat offen ist. LV: Die Länder können die Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nicht gewährleisten	

Absatz 2

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
31.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu (2): Zusätzlich sollte in Absatz 2 des Beschlussesentwurfes die folgende Formulierung als letzter Satz ergänzt werden:	(2) Absatz 2 legt einvernehmlich fest, dass die Vereinbarung von Zuschlägen im Rahmen der Pflegebudgetverhandlungen erfolgt, sodass	GKV-SV: Die Länder können auch weiterhin Zentren ausweisen, die	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		„Die Länder prüfen im Rahmen ihrer Feststellungen nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG die Erfüllung der Anforderungen dieser Regelungen.“ Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, in diesem Zusammenhang den letzten Satz der Tragenden Gründe zu Absatz 3 in der GKV-SV/KBV-Version zu streichen („Eine Ausweisung im Krankenhausplan des Landes ist eine notwendige, aber keine alleinige Voraussetzung, um Zuschläge für besondere Aufgaben zu vereinbaren.“). Eine Ausweisung sollte nur nach stattgehabter Prüfung der Anforderungen durch die Länder erfolgen.	anscheinend eine Prüfung im Rahmen der bilateralen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vorgesehen ist. Dabei ist die Frage, wer die Erfüllung der durch den G-BA definierten Anforderungen feststellt bzw. überprüft, entscheidend für die letztendliche Ausgestaltung. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass diese im Rahmen der krankenhauserplanerischen Feststellung nach § 2 Abs. 2 KHEntG verbindlich getroffen wird. Ein anderes Vorgehen würde aus Sicht der Bundesärztekammer die mit der Einfügung von Satz 4 in § 2 Abs. 2 KHEntG verbundene Absicht des Gesetzgebers konterkarieren, es gerade der Entscheidung der Länder anheimzustellen, welche Einrichtungen mit besonderen Aufgaben betraut und damit auch zuschlagsberechtigt werden. So heißt es in der Gesetzesbegründung zu Artikel 2 Nr. 3b des Krankenhausstrukturgesetzes (BT-Drs. 18/5372, S. 58): „Der besondere Versorgungsauftrag führt wegen der Verknüpfung von Krankenhausplanungs- und Krankenhausfinanzierungsrecht dazu, dass auch entgeltrechtlich von einer zuschlagsberechtigten Einrichtung ausgegangen werden kann. Mit dem neuen Satz 4 wird deshalb ausdrücklich klargestellt, dass Voraussetzung für eine Zuschlagsberechtigung die Wahrnehmung besonderer Aufgaben ist, die der Einrichtung durch Entscheidung des jeweiligen Landes zugewiesen sind.“ Dem so formulierten Ziel des Gesetzgebers würde es zuwiderlaufen, wenn letztlich erst in den bilateralen Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen entschieden wird, ob ein Krankenhaus überhaupt die Voraussetzungen	nicht den hier festgelegten entgeltrechtlichen Regelungen unterliegen. Der Vorschlag ist daher abzulehnen. DKG: Siehe Nummer 30 PatV: Kein Kommentar, wiewohl der Versuch einer Konkretisierung durch die BÄK auf die Möglichkeit von Klarstellungen verweist. LV: Die Festlegung der besonderen und der zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen Qualitätsanforderungen erfolgt durch die G-BA Regelungen. Die Länder treffen krankenhauserplanerisch die Entscheidung, welche Zentren sie ausweisen bzw. welche besonderen Aufgaben sie zuweisen. Die Länder können die Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nicht gewährleisten.	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			erfüllt. Tatsächlich ist aus Sicht der Bundesärztekammer in diesen Verhandlungen nicht mehr über das „ob“, sondern lediglich über die Höhe und konkrete Ausgestaltung der Zuschläge zu verhandeln.		

Absatz 3

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
32.	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	Absatz 5 Ergänzung jeweils nach „stationären“ die Wörter „sowie teilstationären“	Die multimodale Schmerztherapie wird seit über 10 Jahren schon vollstationär und/oder teilstationär gemäß OPS durchgeführt und abgerechnet. Insofern ist diese Versorgungsrealität als Grundlage für Zentren aufgreifbar und auszugestalten. Die Ergänzung stellt diesen Bezug sicher.	GKV-SV: Die Regelungen des G-BA zu den besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten beziehen sich nicht auf die unmittelbare Regelversorgung von Patientinnen und Patienten. Wie die Deutsche Schmerzgesellschaft richtig darstellt, ist die multimodale Schmerztherapie über OPS-Kodes bereits umfassend abgebildet und damit Bestandteil der Regelversorgung. Bei den besonderen Aufgaben im Sinne dieser Regelung handelt es sich insbesondere um krankenhausübergreifende Leistungen und Beratungsleistungen für andere stationäre Leistungserbringer. Die Erforderlichkeit ei-	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				ner Unterscheidung in stationäre und teilstationäre Leistungen erschließt sich uns nicht. DKG: Siehe Nummer 29 PatV: kein Kommentar LV: Stationär beinhaltet voll- und teilstationär	

§ 2 Begriff des Zentrums und des Schwerpunkts

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
33.	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	Klargestellt werden sollte, dass Zentren stationär und/oder teilstationär ausgewiesen werden können.	Die multimodale Schmerztherapie wird seit über 10 Jahren schon vollstationär und/oder teilstationär gemäß OPS durchgeführt und abgerechnet. Insofern ist diese Versorgungsrealität als Grundlage für Zentren aufgreifbar und auszugestalten. Dies sollte gleich zu Beginn klargestellt werden. Auch der Beschlussentwurf selbst gibt als Rechtsgrundlage (§1) seitens der Formulierungen aller „Bänken“ voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) als	s.o. DKG: Siehe Nummer 29 LV: Stationär beinhaltet voll- und teilstationär	DKG/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Grundlage vor, insofern wäre auch nachfolgend Übereinstimmung zu gewährleisten!		
34.	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)	In der Versorgung von Krebspatienten gibt es bereits jetzt sehr unterschiedliche und gut funktionierende Strukturen, die erhalten und gestärkt werden müssen. Im Krankenhausbereich sind dies die - CCC Comprehensive Cancer Centers Die jetzige Definition von Zentren und Schwerpunkten führt in der Onkologie zu Überlappungen, z. B. - viele Tumorentitäten erfüllen die Kriterien von „seltenen Erkrankungen“ und von onkologischen Erkrankungen. - Lungenkarzinome passen in onkologische Zentren und in Lungenzentren.	CCC halten Strukturen und Vernetzungen vor, die über die Aufgaben regionaler onkologischer Zentren hinausgehen, z. B. molekulare Tumorboards, Angebot früher translationaler Studien, Biomarker- Analysen, breiter epidemiologische Studien und Outreach-Aktivitäten für Patienten, Kooperationspartner und die Bevölkerung. Dies muss bei der Berechnung von Zentrumszuschlägen berücksichtigt werden. Hier ist klarzustellen, dass auch Patienten mit seltenen Tumorerkrankungen und Patienten mit Lungentumoren in Schwerpunkten/Zentren mit den Qualitätskriterien onkologischer Zentren behandelt werden sollen, und dass hier keine Parallelstrukturen aufgebaut werden.	GKV-SV/PatV/LV/KBV: Kenntnisnahme Der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung, dass das Thema Lungenkrebs den onkologischen Zentren zuzuordnen ist. Sollte der G-BA im Rahmen seiner weiteren Beratungen Lungenzentren und deren besondere Aufgaben definieren, ist der Schwerpunkt hier auf andere, nicht-onkologische Lungenerkrankungen zu legen. DKG: Überlappungen in der Versorgung sind nicht ausgeschlossen. Mit den Zentrums-Regelungen wird nicht die Versorgung geregelt, sondern die besonderen Aufgaben von Zentren/Schwerpunkten. Somit können bspw Lungenzentren oder auch onkologische Zentren Lungenkarzinome behandeln. Die Eingrenzung ggf. zukünftig im G-BA erfolgreicher Vorgaben zur Konkretisierung von besonderen Aufgaben von „Lungenzentren“ auf nicht-onkologische Lungenerkrankungen ist vor dem Hintergrund bereits bestehender, funktionierender Strukturen weder medizinisch noch	GKV-SV: Ja Die Überschrift zu Anlage VII wird wie folgt geändert: „VII – Lungenzentren (ohne onkologische Diagnosen)“ PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				organisatorisch sachgerecht. Dies gilt gleichermaßen für die von der DGHO ebenfalls angesprochenen Tumorentitäten, die die Kriterien von Seltenen Erkrankungen erfüllen. PatV: schließt sich grundsätzlich der Würdigung des GKV-SV an, sieht aber bei diesem Thema die besondere Erfordernis bei neuen Zentrumsdefinitionen für Lungenerkrankungen, eine Analyse der Versorgungslandschaft und danach eine Folgenabschätzung vorzunehmen als Bestandteil des Definitionsprozesses vorzusehen.	
35.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Die DGVS unterstützt den Vorschlag der GKV: Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelung wahrnehmen, <u>die hierfür festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllen</u> und für die eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist.	Der Begriff des Zentrums sollte auch an die Verpflichtung zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen geknüpft werden.	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme, Zustimmung Kein Änderungsbedarf, da diese Anforderung im GKV-Vorschlag bereits abgebildet ist. DKG: Der Gesetzeswortlaut des § 136c Abs. 5 Satz 5 SGB V lautet: „Soweit dies zur Erfüllung der bes. Aufgaben erforderlich ist, sind zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen [...]“. PatV: Kenntnisnahme, Zustimmung	Nein

§ 3 Besondere Aufgaben (GKV-SV/KBV/PatV) / Grundsätze der besonderen Aufgaben (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
36.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Zu § 3 „Besondere Aufgaben“ Die Stellungnahmen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften zeigen, dass bei der Definition der Zentrenausgestaltungen in den Anlagen im Hinblick auf Interdisziplinarität nachgearbeitet werden muss (siehe u.a. Stellungnahme der GfH, DHKiZ und der DGKL). Es wird auch deutlich, dass in den bisherigen Regelungen zu Zentren besondere Aspekte fehlen (siehe u.a. Stellungnahmen der DKG, DGNC, DGH und der GPOH). Darüber hinaus wird ersichtlich, dass bestimmte Zentrumsregelungen gänzlich fehlen (siehe u.a. Stellungnahme der DGA, DGVS, DGKJ mit GPOH,GPGE und GPN, DGNeurologie, DGPalliativmedizin oder GfNeuropädiatrie). Es ist daher zu ermöglichen, sowohl die besonderen Aufgaben von Zentren weiter zu konkretisieren als auch grundsätzlich zu weiteren Erkrankungen Zentren auszuweisen. Angemahnte Ergänzungen können noch in der Erstfassung umgesetzt werden.		GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 24. DKG: Anmerkung beim jeweiligen Passus. Nach Beschlussfassung wird sich die DKG für die Befassung mit weiteren Zentren/Schwerpunkten einsetzen, damit weitere Zentren entgeltrechtlich ausgewiesen und besondere Aufgaben von der Landesplanungsbehörde zugewiesen werden können. Darüber hinaus setzt sich die DKG für eine Übergangsregelung ein, die bestehende Strukturen (Zentren/Schwerpunkte) und besondere Aufgaben berücksichtigt. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Absatz 2

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
37.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	zu Vorschlag GKV-SV/KBV In Absatz 2 wird präzisiert, was unter einer „ überörtlichen und kranken-hausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung “ zu verstehen ist. Ein Krankenhaus, das diese Kriterien erfüllt, stellt einen Anziehungspunkt über andere Häuser hinweg dar, bildet den Mittelpunkt eines Netzwerks, verfügt über eine besondere Expertise in dem Fachgebiet, in dem die besonderen Leistungen erbracht werden und erbringt diese Leistungen regelmäßig und routiniert für andere Krankenhäuser. Der Nachweis einer überörtlichen Aufgabenwahrnehmung kann beispielsweise über die Erfüllung von fachabteilungsspezifischen Mindestfallzahlen geleistet werden.	Diese fachabteilungsspezifischen Mindestfallzahlen hat die DGAV für ihre zertifizierten Zentren bereits entitätsbezogen definiert, sowohl für maligne wie nichtmaligne Eingriffe. Hier könnte eine Harmonisierung der Registerschnittmengen zwischen DKG und DGAV erreicht werden, um die chirurgische Ergebnisqualität zukünftig transparenter abbilden zu können.	GKV-SV: Da es sich hierbei um Regelungen für maligne Erkrankungen handelt, sind hier folgerichtig nur entsprechende Kriterien definiert worden. DKG / LV: Kenntnisnahme Im Allgemeinen Teil der Zentrums-Regelungen wird weder auf maligne noch auf nicht-maligne Erkrankungen abgestellt. Der Allgemeine Teil findet Anwendung für alle Zentren und es werden keine Erkrankungen ausgeschlossen. PatV: Würdigung ohne Kommentar	GKV-SV/LV: Nein
38.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	Vorschlag: (2) Eine überörtliche und eine krankenhausübergreifende Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe a SGB V zeichnet sich aus durch eine besondere Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern. Das Krankenhaus gestaltet die Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und organisiert zum Beispiel fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen.	Eine Prozessverantwortung für Kooperation mit anderen Leistungserbringern kann nicht so eingefordert werden, da die externen Leistungserbringer nicht weisungsgebunden sind. Deswegen ist die Formulierung der DKG sinnvoller	GKV-SV/KBV: Die Beschreibung definiert abstrakt die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen. Hiermit ist nicht die Erforderlichkeit von Weisungsbefugnissen verbunden. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Würdigung ohne Kommentar	GKV-SV/KBV/LV: Nein

Absatz 4

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
39.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: ... für außergewöhnliche kostenintensive und komplexe Diagnostik- und Behandlungsformen.	Die Ursachenabklärung seltener Erkrankungen erfordert häufig umfangreiche diagnostische Algorithmen, deren Kosten wesentlich über denen von Routineparametern liegen können.	GKV-SV: Diagnostikleistungen lassen sich klar einem Patientenfall zuordnen und sind daher über die fallbezogenen Entgelte (DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelte, etc.) zu finanzieren. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden Diagnostikleistungen zur Abklärung seltener Erkrankungen als ambulante Leistungen erbracht, z.B. über die Hochschulambulanzen. Die Fachgesellschaft konkretisiert nicht, um welche Leistungen es sich handeln könnte. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Vorbehaltlich der Zustimmung der themenspezifischen PatV, sieht auch die PatV die besondere Bedeutung der Diagnostik im Bereich SE und stimmt der Ergänzung zu. LV: Zustimmung zum Änderungsvorschlag	GKV-SV: Nein DKG/LV: Ja § 3 Abs. 4 Zentrums-Regelungen soll um „Diagnostik-“ ergänzt werden PatV: Zustimmung zum Änderungsvorschlag

Absatz 5

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
40.	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	Ergänzung jeweils nach „stationären“ die Wörter „sowie teilstationären“	Die multimodale Schmerztherapie wird seit über 10 Jahren schon vollstationär und/oder teilstationär gemäß OPS durchgeführt und abgerechnet. Insofern ist diese Versorgungsrealität als Grundlage für Zentren aufgreifbar und auszugestalten. Die Ergänzung stellt diesen Bezug sicher.	GKV-SV: s.o. DKG: Siehe Nummer 29 LV: Stationär beinhaltet voll- und teilstationär	GKV-SV/LV: Nein
41.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Die DGVS unterstützt den Vorschlag der DKG: „Darüber hinaus kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die der stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten mittelbar zugutekommt. Sie können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.“	In der Psychoonkologie sind Leistungen zu erbringen, die nicht zur unmittelbaren, stationären Patientenversorgung gehören.	GKV-SV: Kenntnisnahme, psychoonkologische Leistungen lassen sich dem einzelnen Patienten zuordnen und können somit am Fall finanziert werden. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Würdigung ohne Kommentar; weil es hier nicht um ambulante Leistungen geht. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Absatz 6

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
42.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),	zu Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV: Änderungsvorschlag: „Die besonderen Aufgaben sind in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert.“	Für den Kinderbereich fehlen Zentrumsdefinitionen hier in den Anlagen, s.u., daher sind die besonderen Aufgaben im Kinderbereich auch nicht abschließend konkretisiert. Vorschlag: Streichen von „abschließend“ in der GKV-Version. Länder können besondere Aufgaben zuweisen, auch zukünftig. Sie können und sollen auch Zentren mit besonderen Aufgaben benennen. Im Kinderbereich gibt es in einigen Ländern noch Regelungsbedarf; in vielen Bundesländern sind Zentren (z.B. für Seltene Erkrankungen, für Kinderonkologie...) nicht im Krankenhausplan ausgewiesen.	GKV-SV/KBV: Der Streichung des Wortes „abschließend“ bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben kann nicht zugestimmt werden. Der Gesetzgeber hat den gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt die besonderen Aufgaben festzulegen. Der GBA darf seine Regelungskompetenz nicht an Dritte übertragen und muss die Aufgaben abschließend darstellen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV/LV: verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass es sich bei der Formulierung zur abschließenden Regelung hier nur um die Liste der Aufgaben handeln kann, die konkret in diese RL zu diesem Zeitpunkt festgelegt werden. Damit muss die Möglichkeit weiterer Zentrumsdefinitionen und späterer Ergänzungen der Aufgaben nach einer Folgenabschätzung bestehen. Die Liste von zuschlagsberechtigten Leistungen muss über die Zeit ergänzt oder verändert werden können.	GKV-SV/KBV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
43.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Die AWMF schlägt darüber hinaus für Abschnitt 6 folgende Änderung vor (S.5): Die besonderen Aufgaben sind ~~abschließend~~ in dieser Regelung einschließlich ihrer Anlagen konkretisiert (GKV-SV, KBV, Pat.-V). Der G-BA wird mit Begründung für den Bedarf die Ausweisungen weitere besonderer Aufgaben bestehender Zentren und die Ausweisung weiterer Zentren konkretisieren.		GKV-SV: Der Streichung des Wortes „abschließend“ bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben kann nicht zugestimmt werden. Der Gesetzgeber hat den gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt die besonderen Aufgaben festzulegen. Der G-BA kann seine Regelungskompetenz nicht an Dritte übertragen und muss die zuschlagsfähigen Aufgaben daher abschließend festlegen. LV: s. lfd. Nr. 57 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein
44.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Es muss es eine Möglichkeit geben werden, dass im Beschluss nicht geregelte Zentren/Schwerpunkte auch nach dem 31.12.2019 besondere Aufgaben zugewiesen werden können.	Im Beschluss sind aktuell nicht alle Zentren/Schwerpunkte durch Anlagen geregelt worden, die versorgungsrelevant sind. Siehe hierzu auch unsere Ausführungen zur Auswahl der Zentren auf Seite 1 dieser Stellungnahme.	GKV-SV: Die Zuweisung besonderer Aufgaben durch die Landeskrankenhausplanung über § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntGG hinaus bleibt von dieser Regelung unbenommen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Die seitens der DGVS vorgetragene Forderung zielt auf die entgeltrechtlich wirksame Ausweisung von Zentren/Schwerpunkten durch die Länder ab. Für alle nicht in den Anlagen I	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				bis VII geregelten Zentren ist eine entgeltrechtliche Zuweisung von besonderen Aufgaben laut DKG Anlage XIII vor dem 01.01.2021 noch möglich bis der G-BA für diese Art von Zentren besondere Aufgaben festgesetzt hat. Denn aufgrund der zeitlichen Frist konnte nur eine begrenzte Art von Zentren/Schwerpunkte beraten werden. LV: Die Länder haben aus diesen Gründen eine Übergangsregelung gefordert für die Zentren, die bereits jetzt krankenhausplanerisch ausgewiesen werden und für die bereits Zuschläge vereinbart sind. Dies darf nicht begrenzt werden auf Zentren, die bereits am 1.1.2019 ausgewiesen waren. Ebenso sollte die Begrenzung auf Zentren, die auf Basis des Schiedsspruchs ausgewiesen worden sind, entfallen, da in vielen Ländern die Kriterien für die Ausweisung bereits vor dem Schiedsspruch entwickelt wurden. Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				nächsten Jahr in der AG BAZS beraten.	
45.	Bundesärztekammer (BÄK)	Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, den Formulierungsvorschlag der LV zu übernehmen und den Ländern so die Möglichkeit einzuräumen, auf besondere Versorgungserfordernisse einzugehen.		GKV-SV: Kenntnisnahme, s.o. DKG: Kenntnisnahme PatV: Würdigung ohne Kommentar. LV: Zustimmung	GKV-SV/PatV: Nein LV: Ja, Änderung wie Vorschlag

Absatz 7 (DKG/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
46.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	Die Frist für die Erfüllung aller Kriterien sollte nicht wie von der DKG vorgesehen auf 2 sondern auf 3 Jahre gesetzt werden.	Hier werden teilweise Personalfragen berührt und die Personalbeschaffung im Gesundheitsbereich bedarf längerer Fristen.	GKV-SV: Kenntnisnahme Im Rahmen dieser Regelungen werden keine Mindestanforderungen an die Regelversorgung definiert. Leistungen der Regelversorgung können weiterhin unabhängig von diesen Regelungen erbracht werden. DKG/LV: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein DKG/LV:

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				PatV: Würdigung ohne Kommentar.	Ja Die Frist wird von 2 auf 3 Jahre gesetzt.
47.	Bundesärztekammer (BÄK)	Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen einer Übergangsregelung im Sinne einer Planungssicherheit für die Krankenhäuser.		GKV-SV: Kenntnisnahme Im Rahmen dieser Regelungen werden keine Mindestanforderungen an die Regelversorgung definiert. Leistungen der Regelversorgung können weiterhin unabhängig von diesen Regelungen erbracht werden. Daher wird eine Übergangsregelung abgelehnt. DKG/LV: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV /PatV: Nein

Absatz 8 (LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
48.	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Änderungsvorschlag: Der G-BA wird fortwährend besondere Aufgaben weiterer Zentren konkretisieren und sich dabei an den bisher erfolgten Ausweisungen von Zentren und deren besonderen Aufgaben orientieren. Für alle nicht in den Anlagen I bis VII geregelten Arten von Zentren mit Aus-	Die Ausweisung im Landeshauskrankenhausplan als kideronkologisches Zentrum erfolgt in den verschiedenen Bundesländern uneinheitlich. Während bspw. in Hessen und Baden-Württemberg antragsstellenden Kliniken die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan in einem formlosen, einstufigen Antragsver-	GKV-SV: Betrifft nicht den GKV-Vorschlag DKG: Kenntnisnahme Die Kinderonkologie wurde noch nicht als eigenes/eigener	PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		nahme der Kinderonkologie, gelten Übergangsweise die Qualitätsanforderungen der Länder, soweit im jeweiligen Land vorhanden, bis der G-BA Qualitätsanforderungen im Rahmen der Konkretisierung der besonderen Aufgaben dieser Art von Zentren beschlossen hat; dies gilt längstens bis zum 31. Dezember 2024. Für die Kinderonkologie gilt Übergangsweise die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 1.5.2006, zuletzt geändert am 7.11.2018	fahren rasch möglich war, ist in anderen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen ein mehrstufiges, sich über Monate hinziehendes Verfahren die Regel. Ist für die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan in Baden-Württemberg die Erfüllung der Checkliste zur GBA-Richtlinie Kinderonkologie ausreichend, so beinhaltet das Antragsverfahren in NRW die komplette Erfüllung von Punkten, die der Anlage aus dem Schiedsverfahren zum Az. 3/2016 vom 08.12.2016 (Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung)) entnommen sind. Die da aufgeführten Punkte sind zum großen Teil für die Qualität eines kinderonkologischen Zentrums irrelevant, zudem ist in der Schiedsvereinbarung nicht die Erfüllung dieser Punkte in ihrer Gesamtheit gefordert. Des Weiteren ist die Bewilligung eines Antrags auf Ausweisung im Landeskrankenhausplan länderabhängig. So wurde bspw. der Antrag des Uniklinikums Mainz, das die einzige universitäre und gleichzeitig größte kinderonkologische Abteilung in Rheinland-Pfalz aufweist, in den Krankenhausplan abgelehnt, ebenso wie der Antrag des UKSH in Kiel.	Zentrum/Schwerpunkt in den Zentrums-Regelungen durch eine Anlage bestimmt, weshalb keine gesonderten Qualitätsanforderungen für Kinderonkologische Zentren festzuhalten sind. PatV: nimmt diese Stellungnahme zum Anlass, darauf hinzuweisen, dass in der Tat die Vorgaben in den Ländern sehr unterschiedlich sind und es für die Diskussion wenig hilfreich war, dass die konkreten Qualitätsanforderungen der Länder an durch sie definierte Zentren nicht in die Richtlinien Diskussion einbezogen werden konnten. Deshalb keinen Kommentar dazu. LV: Die Übergangsregelungen sollten für alle Zentren, die von den Ländern ausgewiesen werden und für die es noch keine G-BA Regelung gibt, gleichermaßen gelten.	

§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben

Absatz 1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses-entwurfes (Ja / Nein)
49.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)		Die Investition und der Betrieb eines klinischen Krebsregisters ist teuer bzw. personalintensiv. Dieses hat mit der unmittelbaren Patientenversorgung nicht direkt zu tun und muss gesondert vergütet werden.	GKV-SV/DKG/PatV/LV/KBV: Klinische Krebsregister werden auf Basis der entsprechenden Gesetzesgrundlagen in § 65c SGB V bereits vergütet.	Nein
50.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOÜ), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>Zu Tragende Gründe GKV-SV / KBV / PatV / DKG</u> Es sollte eine Klarstellung bei den tragenden Gründen erfolgen: Sofern ein Teil eines Leistungsbereichs als besondere Einrichtung nach §17b Absatz 1 Satz 10 KHG vom DRG-System ausgenommen und als besondere Aufgabe abgegrenzt wird, ist sie dennoch als Qualitätskriterium zu werten und schließt die Vereinbarung von Entgelten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des KHEntG (§ 136c Absatz 5 SGBV V) nicht aus. Es ist jedoch eine Abgrenzung zu bereits vergüteten Bestandteilen vorzunehmen. Sofern der vollständige Leistungsbereich als besondere Einrichtung ausgegliedert ist, entfällt der Anspruch auf die Vereinbarung von Entgelten.	Es soll einerseits verhindert werden, dass es zu einer Doppelfinanzierung bereits vereinbarter Leistungsinhalte kommt, andererseits, dass die Berechtigung zur Vereinbarung von Entgelten grundsätzlich entfällt, da ein Teil des Leistungsbereichs als besondere Einrichtung geführt wird (z. B. eine überregionales Traumazentrum mit einer Behandlungseinheit für Schwerbrandverletzte). Die ebenfalls denkbare Definition von Besonderen Aufgaben ausschließlich für Zentren für Schwerbrandverletzte wird abgelehnt.	GKV-SV/LV: Die Klarstellung wird in den Tragenden Gründen übernommen. DKG: Kenntnisnahme PatV: schließt sich dem GKV-SV an	GKV-SV/LV: Ja In den Tragenden Gründen werden unter § 4 Abs. 1 Nr. 3 (2.4.1) folgende Sätze angefügt: „Sofern ein Teil eines Leistungsbereichs als besondere Einrichtung nach §17b Absatz 1 Satz 10 KHG vom DRG-System ausgenommen und als besondere Aufgabe abgegrenzt wird, ist sie dennoch als

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Be- schluss- entwurfes (Ja / Nein)
					Qualitätskriterium zu werten und schließt die Vereinbarung von Entgelten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des KHEntG (§ 136c Absatz 5 SGBV V) nicht aus. Es ist jedoch eine Abgrenzung zu bereits vergüteten Bestandteilen vorzunehmen. Sofern der vollständige Leistungsbereich als besondere Einrichtung ausgegliedert ist, entfällt der Anspruch auf die Vereinbarung von Entgelten.“

Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
51.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	<u>Zu Vorschlag GKV-SV/KBV</u> Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinen Entscheidungen vom 22. Mai 2014 ausdrücklich klargestellt, dass die in einem Zentrum angebotene Standardleistung nicht allein deshalb zu einer besonderen Aufgabe werde, weil sie qualitativ hochwertiger erbracht wird als in anderen Krankenhäusern (BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014 - 3 C 8.13, Rn. 36; BVerwG, Urt. v. 22. Mai 2014 - 3 C 15.13, Rn. 28). Soweit die Qualität allein entsprechend den (S3-)Leitlinien oder entsprechend den Vorgaben von G-BA-Richtlinien erbracht wird, erfüllt dies noch nicht die Voraussetzungen für die Gewährung eines Zentrumszuschlags.	Zentren zeichnen sich dadurch aus, dass sie über den üblichen Standard hinaus medizinische Leistungen erbringen. Daher auch die Initiative des GBA zur Zentrendefinition. Diese an Qualitätsindikatoren, leitlinienorientierter Behandlung und Mindestfallzahlen messbare Leistung eines Zentrums ist gegenüber dem Standard deutlich kostenintensiver.	GKV-SV/KBV: Kenntnisnahme DKG: Kenntnisnahme PatV: Würdigung ohne Kommentar LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/KBV/ LV: Nein
52.	Deutsche Gesellschaft für Epileptologie (DGfE)	Ambulante Leistungen sollten als Zentrumsaufgabe gezählt werden. Die Formulierung „Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.“ (S.13) widerspricht einer Vielzahl von Vorgaben über Sprechstundenangebote im selben Text wie auch der Zentrierung der Landesvorgaben zu Zentren seltener Erkrankungen auf die ambulante Patientenversorgung.	Epilepsien und viele andere chronische Erkrankungen bedürfen einer spezialisierten ambulanten Versorgung	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 53 unten LV: siehe Lfd. Nr. 53 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Die DKG befürwortet keine scharfe Grenze zwischen den Sektoren. Integrative Prozesse sind zu unterstützen. Aktive Zusammenarbeit soll im Hinblick auf die Überwindung der Schnittstellenproblematik unterstützt werden. KBV:	GKV-SV/KBV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Be- schluss- entwurfes (Ja / Nein)
				Zentrumszuschläge für Leistungen an ambulanten Patienten sind derzeit durch den Gesetzgeber explizit ausgeschlossen. Wie durch die DGfE zurecht angemahnt wäre im Sinne der Patientenversorgung ein sektorenübergreifender Ansatz bei der Definition der besonderen Aufgaben von Zentren wünschenswert. Damit würden die reale Versorgungslage und die koordinierende Funktion von Zentren über Sektorengrenzen hinweg abgebildet und die optimale Versorgung von Patienten unabhängig von Sektorengrenzen gefördert.	

Absatz 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / Absatz 2 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
53.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)		Behandlungen werden zunehmend in den ambulanten Bereich verlagert, was bei entsprechender Achtsamkeit sehr im Sinne des Patienten ist. Es wäre nicht sinnvoll eine scharfe Grenze zwischen den Sektoren in einem solchen Gesetz bewußt zu betonen. Besondere Aufgaben sollten somit auch bei Erbringung im ambulanten Sektor anerkannt werden, so sie nicht anderweitig vergütet werden.	GKV-SV/KBV/PatV/LV: Die Ausweitung der besonderen Aufgaben auf ambulante Patienten wird abgelehnt, da es hierfür keine Rechtsgrundlage gibt. Der Anwendungsbereich des KHEntgG erstreckt sich auf voll- und teilstationäre Leistungen der DRG-Krankenhäuser (§ 1 Abs. 1 KHEntgG). Zudem stellt der Gesetzgeber in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG klar, dass es sich bei der besonderen Aufgabe um eine Aufgabe für die stationäre Versorgung von Patienten handeln muss: „4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten [...]“. Ambulante Leistungen sind folglich nicht in die Finanzierung der besonderen Aufgaben einzubeziehen. Hier sei auch die Rechtsprechung des BVerwG vom 22.05.2014 erwähnt, die besagt: „Ambulante Leistungen sind nicht nach § 5 Abs. 3 KHEntgG zuschlagsfähig“ (Urteil des BVerwG vom 22.05.2014, 3 C 9.13, Rdnr. 38). KBV:	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Obgleich durch den Gesetzgeber derzeit explizit ausgeschlossen, wäre ein sektorenübergreifender Ansatz bei der Definition der besonderen Aufgaben von Zentren wünschenswert. Damit würden die reale Versorgungslage und die koordinierende Funktion von Zentren über Sektorengrenzen hinweg abgebildet und die optimale Versorgung von Patienten unabhängig von Sektorengrenzen gefördert. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Die DKG befürwortet keine scharfe Grenze zwischen den Sektoren. Integrative Prozesse sind zu unterstützen. Aktive Zusammenarbeit soll im Hinblick auf die Überwindung der Schnittstellenproblematik unterstützt werden. PatV: Die PatV akzeptiert die Vorgabe des Gesetzgebers, dass mit dieser Richtlinie nur der stationäre Bereich geregelt wird. Sie nimmt diese Stellungnahme jedoch zu Anlass darauf hinzuweisen, dass mit dieser Vorgabe auch bei der Definition von Zentren die Chance verpasst wurde, die für eine gute	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				und notwendige medizinische Versorgung die absurden Trennungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich aufzubrechen. Deshalb auch an dieser Stelle keine Änderung der Beschlussvorlage.	
54.	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) in Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN).	Ein weiterer kritischer Punkt ist die Beschränkung der von Zentren erbrachten Leistungen auf stationäre Leistungen.	Gerade die Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistung in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer en Entwicklungsfördernden Integration der (chronisch) kranken Kinder und Jugendlichen in ihr soziales und schulisches Umfeld von entscheidender Bedeutung. Daher ist z.B. die Beschränkung der Behandlung rheumakrankter Kinder und Jugendliche auf das stationäre Umfeld undenkbar. Selbst in der Kinderonkologie oder der Transplantationsmedizin sind stationäre, teilstationäre und ambulante Leistung so eng ineinander verwoben, dass die Zentrumsleistungen nicht sinnvoll auf die stationären Leistungen beschränkt werden können. Besonders komplex kranke Kinder und Jugendliche sind auch ambulant auf koordinierte Betreuung durch mehrere pädiatrische Subdisziplinen in den Zentren angewiesen.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 53 LV: siehe lfd. Nr. 53 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Die DKG befürwortet keine scharfe Grenze zwischen den Sektoren. Integrative Prozesse sind zu unterstützen. Aktive Zusammenarbeit soll im Hinblick auf die Überwindung der Schnittstellenproblematik unterstützt werden. KBV: Zentrumszuschläge für Leistungen an ambulanten Patienten sind derzeit durch den Gesetzgeber explizit ausgeschlossen. Wie durch die Fachgesellschaften zurecht angemahnt wäre im Sinne der Patientenversorgung ein sektorenübergreifender Ansatz bei der Defi-	GKV-SV/ KBV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)			nition der besonderen Aufgaben von Zentren wünschenswert. Damit würden die reale Versorgungslage und die koordinierende Funktion von Zentren über Sektorengrenzen hinweg abgebildet und die optimale Versorgung von Patienten unabhängig von Sektorengrenzen gefördert.	
55.	Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)	Ein weiterer kritischer Punkt ist die Beschränkung der von Zentren erbrachten Leistungen auf stationäre Leistungen.	Ein weiterer kritischer Punkt ist die Beschränkung der von Zentren erbrachten Leistungen auf stationäre Leistungen. Gerade die Kinder- und Jugendmedizin haben in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistung in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der (chronisch) kranken Kinder und Jugendlichen in ihr soziales und schulisches Umfeld von entscheidender Bedeutung. Stationäre, teilstationäre und ambulante Leistung sind so eng ineinander verwoben, dass die Zentrumsleistungen nicht sinnvoll auf die stationären Leistungen beschränkt werden können. Besonders komplex kranke Kinder und Jugendliche sind auch ambulant auf koordinierte Betreuung durch mehrere pädiatrische Subdisziplinen in den Zentren angewiesen.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 53 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Die DKG befürwortet keine scharfe Grenze zwischen den Sektoren. Integrative Prozesse sind zu unterstützen. Aktive Zusammenarbeit soll im Hinblick auf die Überwindung der Schnittstellenproblematik unterstützt werden. Der Gesetzeswortlaut gem. § 2 Abs. 2 Satz 5 2. Halbsatz KHEntgG besagt: „(besondere Aufgaben) können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.“ LV: siehe lfd. Nr. 53 KBV: siehe lfd. Nr. 54	GKV-SV/ LV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
56.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),	zum Vorschlag GKV-SV Ergänzungsvorschlag: „Die besonderen Aufgaben können allerdings auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören. Keine besondere Aufgabe im Sinne der Regelung liegt bei ambulanter Leistungserbringung vor.“	In dem Entwurf werden nur „besondere Aufgaben von Zentren“ konkretisiert, die zuschlagfähig sind, sofern sie nicht anderweitig vergütet werden. D.h., dass in einem vom Land benannten z.B. Kinderzentrum auch ambulante Leistungen erbracht werden dürfen. Aber es gibt für die unmittelbare Patientenversorgung keine Zuschläge aus diesem Regelwerk. Zu konkretisieren wäre bei der GKV-Variante, dass zuschlagfähig auch Leistungen sind, die nicht der unmittelbaren stationären Patientenversorgung zuzuordnen sind.	s.o. GKV-SV/LV: Ambulante Leistungen können in diesen Regelungen nicht berücksichtigt werden. Der Anwendungsbereich des KHEntgG erstreckt sich auf voll- und teilstationäre Leistungen der DRG-Krankenhäuser (§ 1 Abs. 1 KHEntgG). Zudem stellt der Gesetzgeber in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG klar, dass es sich bei der besonderen Aufgabe um eine Aufgabe für die stationäre Versorgung von Patienten handeln muss: „4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten [...]“. Ambulante Leistungen sind folglich nicht in die Finanzierung der besonderen Aufgaben einzubeziehen. Hier sei auch die Rechtsprechung des BVerwG vom 22.05.2014 erwähnt, die besagt: „Ambulante Leistungen sind nicht nach § 5 Abs. 3 KHEntgG zuschlagsfähig“ (Urteil des BVerwG vom 22.05.2014, 3 C 9.13, Rdnr. 38). DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Der Gesetzeswortlaut gem. § 2 Abs. 2 Satz 5 2. Halbsatz	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				KHEntgG besagt: „(besondere Aufgaben) können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.“ KBV: Ergänzung s.o. PatV: s.o.	
57.	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Übernahme der Formulierung der DKG	Die Versorgung der Patienten im Bereich der pädiatrischen Onkologie erfolgt sektorenübergreifend. Dabei werden auch Leistungen im Sinne besonderer Aufgaben bei ambulanten Vorstellungen der Patienten erbracht, wie bspw. die Durchführung von Teilen der mit den Therapieoptimierungsstudien verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik.	GKV-SV/KBV/PatV/LV: s.o. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Der Gesetzeswortlaut gem. § 2 Abs. 2 Satz 5 2. Halbsatz KHEntgG besagt: „(besondere Aufgaben) können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.“	Nein
58.	Bundesärztekammer (BÄK)	Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen der KBV und regt an, die strikt auf den stationären Sektor ausgerichtete Ausgestaltung im Sinne der Patientenzentrierung zu überdenken. Die Bundesärztekammer gibt außerdem zu bedenken, dass es in diesem Sinne auch durchaus vorstellbar ist, dass Zentren Aufgaben, z.B. Beratungen oder Fallkonferenzen, für ambulante Patienten erbringen,	Die Bundesärztekammer sieht gerade auch die sektoren- und expertiseverbindenden Ansätze von Zentren als einen der entscheidenden Vorteile für die Patientenversorgung. Der kategorische Ausschluss ambulanter Leistungen birgt die Gefahr von Abgrenzungsstreitigkeiten z.B. von koordinierenden Aufgaben und Netzwerkfunktionen. Die langfristige Begleitung von Patienten mit seltenen bzw. komplexen Erkrankungen wird extrem erschwert,	GKV-SV/LV: s.o. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Der Gesetzeswortlaut gem. § 2 Abs. 2 Satz 5 2. Halbsatz KHEntgG besagt: „(besondere Aufgaben) können auch Leistungen, die nicht zur unmittel-	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		die ebenfalls derzeit nicht in der Vergütungssystematik vorgesehene Zentrumsleistungen sind.	wenn kategorisch jede ambulante Leistung ausgeschlossen wird. Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG können die besonderen Aufgaben auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.	baren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.“ KBV: Grundsätzlich Zustimmung; allerdings sieht der Gesetzgeber in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG derzeit ausschließlich die Förderung besonderer Aufgaben für die stationäre Versorgung von Patienten vor. Wie durch die BÄK ausgeführt, wäre ein sektorenübergreifender Ansatz bei der Definition der besonderen Aufgaben von Zentren wünschenswert. Damit würden die reale Versorgungslage und die koordinierende Funktion von Zentren über Sektorengrenzen hinweg abgebildet und die optimale Versorgung von Patienten unabhängig von Sektorengrenzen gefördert. PatV: s.o.	

§ 5 Qualitätsanforderungen (GKV-SV/KBV/PatV) / Grundsätze von Qualitätsanforderungen (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
59.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zentrenbildung darf nicht zu einer Einschränkung von Qualifizierungsmöglichkeiten für das medizinische Personal führen. Das droht dann, wenn bestimmte Leistungen, die für die Qualifizierung erforderlich sind, nur noch in Zentren erbracht werden und somit in anderen Krankenhäusern nicht mehr erbracht werden können. Sofern einzelne Kompetenzen, die in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vorgeschrieben sind, nur an solchen Zentren erworben werden können, muss ein Teil der Weiterbildung dort abgeleistet werden. Dies kann zu Engpässen führen, die durch verpflichtende Kooperationsverträge mit anderen Krankenhäusern verhindert werden können. In Nordrhein-Westfalen sieht der Landeskrankenhausplan z.B. für alle Zentrumsstypen, bei denen dies relevant ist, hierzu die Anforderung „Abschluss eines zentrumsübergreifenden Kooperationskonzeptes für die Weiterbildung“ vor.		GKV-SV: Die in § 5 genannten Qualitätsanforderungen bestimmen solche allgemeinen Qualitätsanforderungen, die Zentren erfüllen müssen, um einen Zuschlag für besondere Aufgaben nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG erhalten zu können. Die in § 5 genannten Qualitätsanforderungen bilden somit keine Voraussetzung für die Bildung und Ausweisung von Zentren, sondern lediglich für die Finanzierung besonderer Aufgaben von Zentren, die durch die Regelungen des KHEntgG und des SGB V nicht finanziert werden können. Somit gefährden die vom GKV-SV geforderten Regelung nicht die Qualifizierungsmöglichkeiten für medizinisches Personal. Zudem ist die allgemeine Aus-, Weiter- und Fortbildung von medizinischem Personal gemäß der Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern nicht Gegenstand dieser Regelung. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				PatV: stimmt der Sorge zu, dass die Zentrumsdefinitionen Qualifikations- und Weiterbildungserfordernisse berücksichtigen müssen. Auch hier ist die fehlende Folgenabschätzung zu bemängeln, über die dies hätte geprüft werden können. Keine Änderung der Beschlussvorlage. LV: Kenntnisnahme	
60.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Zu § 5 „Qualitätsanforderungen“ In die allgemeinen Qualitätsanforderungen von Zentren sollte die Implementierung von methodisch hochwertigen Leitlinien zwingend aufgenommen werden		GKV: Die GKV geht davon aus, dass die Leitlinien der AWMF von allen Krankenhäusern in der Regelversorgung eingehalten werden, nicht nur von Zentren. DKG: Die Anforderungen an Zentren/Schwerpunkte sind in der jeweiligen Anlage hinterlegt. Die Verwendung oder Implementierung von Leitlinien wird generell vorausgesetzt. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/LV: Nein
61.	Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)	Zu § 5 Qualitätsanforderungen In allen Varianten fehlt der Schwerpunkt Kinderradiologie	Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügen über die Expertise in der bildbasierten Diagnostik von Erkrankungen des Kindes-	GKV-SV: Es handelt sich bei Röntgenuntersuchungen um Leistungen der Regelversorgung, die im	PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie spricht sich dafür aus, dass in den vom GBA beschriebenen Zentren Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie als strukturell notwendige Voraussetzung eingeplant werden. Dies betrifft Traumazentren, in den Kinder und Jugendliche versorgt werden, ebenso wie Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie, Herzzentren, Lungenzentren, Nephrologische Zentren, Transplantationszentren.	und Jugendalters. Insbesondere unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes ist eine explizit kindgerechte radiologische spezielle bildgebende Diagnostik notwendig, die nur in entsprechend qualifizierten Zentren erfolgen kann. Auswahl und Durchführung sowie Bewertung sind individualisiert auf Alter und Krankheitsbild zugeschnitten anzupassen. In kideronkologischen Zentren ist diese Qualitätsanforderung realisiert.	Rahmen des DRG-Systems vergütet werden. Zentren im Sinne dieses Beschlusses erbringen besondere Aufgaben, die nicht über die DRG-Vergütung abgebildet werden können. Siehe auch lfd. Nr. 10 und 14. DKG: Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den durch die GPR benannten Zentren ist die fachliche Qualifikation der Ärzte aller beteiligten medizinischen Bereiche unabdingbare Voraussetzung. Im Bereich Radiologie ist diese über die Weiterbildungsinhalte zum Erwerb der Facharzt-Kompetenz „Facharzt/Fachärztin für Radiologie“ anzunehmen. LV: Kenntnisnahme	

Absatz 2 (GKV-SV/KBV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
62.	HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	Änderungsvorschlag: (2) Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt. Die Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG ergänzend, wird ein Lungenkrebszentrum als Teil des Standorts eines Onkologischen Zentrums betrachtet, auch wenn der Abstand zwischen den Gebäuden dieses Standorts mehr als 2000m beträgt. <u>Dies gilt auch für das Kopf-Hals-Tumorzentrum, wenn bei vorhandener HNO-Hauptabteilung mit entsprechendem Mindestzahl-nachweis von neu diagnostizierten Kopf-Hals-Malignomen keine MKG-Hauptabteilung vor Ort ist, aber eine MKG-Praxis mit Nachweis onkologischer Kompetenz eingebunden werden kann.</u> Für Kopf-Hals-Tumorzentren der DKG ist bei Mehrstandortigkeit des Zentrums bezüglich der Kooperationspartner HNO und MKG im Rahmen der Zertifizierung individuell die Kooperation mit Blick auf datentechnische Vernetzungen und einer PKW-Fahrstrecke von	Die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs und Kopf-Hals-Tumoren macht die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen notwendig. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren im besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie oder auch Palliativmedizin. Gleichzeitig findet, historisch aus den früheren Tuberkulose-Kliniken entstanden, die Betreuung der Lungenkrebspatienten häufig in eigenständigen Gebäudekomplexen statt, die mehr als 2000m von den anderen Gebäuden des Standorts entfernt liegen. Dies gilt auch für Kopf-Hals-Tumorzentren mit ausgewiesener HNO-Fachabteilung ohne entsprechende MKG-Hauptabteilung vor Ort. Um die Ausbildung von Doppelstrukturen zu vermeiden und die sinnvollen Synergien zwischen den onkologisch tätigen Fachdisziplinen eines Onkologischen Zentrums zu fördern, ist für die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs die Abstandsbegrenzung (2000m lt. Vereinbarung über die Definition von Standorten, Stand 29.08.2017) auszusetzen. Mehrstandortigkeit sollte für Kopf-Hals-Tumorzentren mit Augenmass definiert und zugelassen sein und sich angesichts der Möglichkeiten der datentechnischen Vernetzung und Videomöglichkeiten im Sinne der Telemedizin an diesen etablierten Strukturen und Verkehrszeiten orientieren. Hier erscheint die Definition zwischen S-GKV und DKG aus	GKV-SV: Struktur und Qualitätsmerkmale sowie die besondere fachliche Expertise von Zentren müssen an einen klaren Standort gebunden sein. Auch in dem gesetzlichen Auftrag in § 136c Abs. 5 wurde bereits festgelegt, dass sich besondere Aufgaben von Zentren aus der „Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen“ ergeben. In der Gesetzesbegründung zum PsychVVG wird ausgeführt: „Die gesetzlichen Regelungen der Qualitätssicherung, der Berücksichtigung von ermächtigten Einrichtungen bei der Bedarfsplanung oder der Abrechnung von Zu- und Abschlägen müssen aber einen klaren Bezugspunkt zum Standort haben.“ (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160803_PsychVVG_Kabinett.pdf).	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		max. 30 Minuten auf ihre reale Möglichkeit hin zu überprüfen.	2017 nicht aktuell und auf diese Zentren-Definition anwendbar (max. 2:000 m). Besonders für die Kopf-Hals-Tumorzentren besteht das Problem, dass seitens der Deutschen Krebsgesellschaft eine Kooperation zwischen HNO-Heilkunde und MKG-Chirurgie zwingend ist. Es gibt in Deutschland deutlich weniger MKG-Chirurgie-Abteilungen entsprechenden Spektrums als HNO-Abteilungen. Die reale Versorgung wird traditionell für entsprechende Tumorentitäten des Kopf-Hals-Bereiches durch HNO-Abteilungen erbracht. Um diese Leistungen im Rahmen eines Zentrums fortführen zu können, müssen MKG-Abteilungen als Kooperationspartner gewonnen werden. Es ist nach dem oben Gesagten unvermeidlich, dass solche MKG-Abteilungen weiter als 2000 m entfernt sein können. Die hier genannten Kriterien sind schärfer als die bewährten Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft.	Kopf-Hals-Tumorzentren sind nicht Teil dieser Regelungen. Außerdem können die Anforderungen an die stationären Versorgung nicht durch die Kooperation mit einer vertragsärztlichen Praxis sichergestellt werden. DKG: Kenntnisnahme, Die Erfüllung von Kriterien am Standort wird seitens der DKG nicht unterstützt und ausdrücklich, u.a. auf Basis der vorgebrachten Beispiele, abgelehnt. PatV: Würdigung ohne Kommentar LV: Der Standortbezug wird grundsätzlich befürwortet. Es sollte jedoch geprüft werden, ob für bestimmte patientenferne Leistungen (Humangenetik, Pathologie, Labor etc.) Ausnahmen hiervon gemacht werden können. Auf die in dieser Stellungnahme genannten Bereiche trifft dies jedoch nicht zu	
63.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Änderungsvorschlag: Streichung von Absatz 2	Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem interdisziplinären Teams arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht unmittelbar am eigenen Standort verortet sind (z.B.	GKV-SV: Der geforderten Streichung des Standortbegriffes kann nicht entsprochen werden. Struktur	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Humangenetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes gemäß der Definition von Krankenhausstandorten in der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG erscheint hier und an vielen weiteren Stellen des vorgelegten Beschlussentwurfs nicht sinnvoll.	und Qualitätsmerkmale müssen an einen klaren Standort gebunden werden. In der Gesetzesbegründung zum Psych-VVG wird ausgeführt: „Die gesetzlichen Regelungen der Qualitätssicherung, der Berücksichtigung von ermächtigten Einrichtungen bei der Bedarfsplanung oder der Abrechnung von Zu- und Abschlägen müssen aber einen klaren Bezugspunkt zum Standort haben.“ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160803_Psych-VVG_Kabinett.pdf DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die Erfüllung von Kriterien „zu jeder Zeit“ am Standort wird seitens der DKG nicht unterstützt und ausdrücklich, u.a. auf Basis der vorgebrachten Beispiele, abgelehnt. PatV: trägt die Standortdefinition des Richtlinienentwurfs mit - deshalb keine Änderung der Beschlussvorlage. LV:	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Der Standortbezug wird grundsätzlich befürwortet. Es sollte jedoch geprüft werden, ob für bestimmte patientenferne Leistungen (Humangenetik, Pathologie, Labor etc.) Ausnahmen hiervon gemacht werden können.	
64.	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) in Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN). Gesellschaft für Kinder- und	Abschließend wollen wir auf den häufig verwandten Begriff des Standortes nach §2a, (1) KHG eingehen. Gerade Zentren zur Betreuung seltener oder komplexer Krankheitsbilder mit breit aufgestelltem interdisziplinären Teams arbeiten oft eng mit Kollegen zusammen, die nicht unmittelbar am eigenen Standort verortet sind (z.B. Humangenetik). Die strenge Anwendung des Standort-Begriffes erscheint hier an vielen Stellen nicht sinnvoll.		GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 62 LV: Der Standortbezug wird grundsätzlich befürwortet. Es sollte jedoch geprüft werden, ob für bestimmte patientenferne Leistungen (Humangenetik, Pathologie, Labor etc.) Ausnahmen hiervon gemacht werden können. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die Erfüllung von Kriterien „zu jeder Zeit“ am Standort wird seitens der DKG nicht unterstützt und ausdrücklich, u.a. auf Basis der vorgebrachten Beispiele, abgelehnt.	GKV-SV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Jugendrheumatologie (GKJR), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP) und Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)				
65.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV</u> <u>Änderungsvorschlag:</u> (2) Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt. <u>Die Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG ergänzend, wird ein Lungenkrebszentrum als Teil des Standorts eines Onkologischen Zentrums betrachtet, auch wenn der Abstand zwischen den Gebäuden dieses Standorts mehr als 2000m beträgt.</u>	Die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs macht die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen notwendig. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren im besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie oder auch Palliativmedizin. Gleichzeitig findet, historisch aus den früheren Tuberkulose-Kliniken entstanden, die Betreuung der Lungenkrebspatienten häufig in eigenständigen Gebäudekomplexen statt, die mehr als 2000m von den anderen Gebäuden des Standorts entfernt liegen. Um die Ausbildung von Doppelstrukturen zu vermeiden und die sinnvollen Synergien zwischen den onkologisch tätigen Fachdisziplinen eines Onkologischen Zentrums zu fördern, ist für die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs die	GKV-SV: Es ist nachvollziehbar, dass die Lungenkrebszentren gerne maßgeblich zu einer Zuschlagsberechtigung ihres zugehörigen onkologischen Zentrums beitragen wollen. Für die Erfüllung der Anforderungen der Zentrums-Regelungen ist es jedoch nicht erforderlich, dass alle zu dem onkologischen Zentrum zählenden tumorspezifischen Krebszentren an einem Standort sind. Es müssen nur drei der sieben zur Auswahl stehenden häufigsten Tumorentitäten am Standort des onkologischen Zentrums vorgehalten werden. Dies ist nach unserem Kenntnisstand in allen derzeit von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Abstandsbeschränkung (2000m lt. Vereinbarung über die Definition von Standorten, Stand 29.08.2017) auszusetzen.	onkologischen Zentren selbst dann gegeben, wenn in einzelnen Fällen die Lungenkrebszentren in der Zählung nicht berücksichtigt werden. In die Berechnung des Geltungsbereichs des onkologischen Zentrums fließen die Primärfälle der Lungenzentren nicht ein. Diese Systematik wurde aus dem Zertrechner der Deutschen Krebsgesellschaft übernommen. Es ergibt sich also auch hier kein Nachteil für onkologische Zentren, deren Lungenkrebszentrum nicht am gleichen Standort verortet ist. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die Erfüllung von Kriterien „zu jeder Zeit“ am Standort wird seitens der DKG nicht unterstützt und ausdrücklich, u.a. auf Basis der vorgebrachten Beispiele, abgelehnt. PatV/LV: schließt sich grundsätzlich der Würdigung des GKV-SV an, sieht aber bei diesem Thema die besondere Anforderung bei neuen Zentrumsdefinitionen für Lungenerkrankungen, eine Analyse der Versorgungslandschaft und danach eine Folgenabschätzung vorzunehmen als	

Anlage 4 zu den Tragerollen-Gründen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses-entwurfes (Ja / Nein)																				
				Bestandteil des Definitionsprozesses vorzusehen.																					
66.	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)	Ergänzung „Die Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG ergänzend, wird ein Lungenkrebszentrum als Teil des Standorts eines Onkologischen Zentrums betrachtet, auch wenn der Abstand zwischen den Gebäuden dieses Standorts mehr als 2000m beträgt.“	Aufgrund der historisch bedingten (frühere Tuberkulosekliniken) solitären Lage vieler Lungenkrebszentren schlagen unsere Fachgesellschaften gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft im § 5 Absatz 2 folgende Ergänzung vor. Gestützt wird unser Anliegen von einer in den letzten beiden Monaten geführten Umfrage unter den Lungenkrebszentren, in welcher Form sie sich unter diesen Bedingungen in einem onkologischen Zentrum (OZ) organisieren oder organisieren könnten. <table><tr><th>Lungenkrebszentren (LKZ)</th><th>Anzahl von LKZ</th><th>Neudiagnosen 2018</th><th>Stationäre Fälle 2018</th></tr><tr><td>OZ an einem Standort</td><td>14</td><td>9.471</td><td>19.908</td></tr><tr><td>OZ an mehreren Standorten</td><td>7</td><td>4.996</td><td>16.734</td></tr><tr><td>Kein Teil eines OZ</td><td>7</td><td>2.979</td><td>11.662</td></tr><tr><td>Gesamtergebnis</td><td>28 (55,50%)</td><td>17.446</td><td>48.304</td></tr></table> Dies bedeutet: wenn entschieden würde, dass nur Lungenkrebszentren in einem onkologischen Zentrum an einem Standort zuschlagsberechtigt sind, würden lediglich 54% der Neudiagnosen (9.471/17.446) und lediglich	Lungenkrebszentren (LKZ)	Anzahl von LKZ	Neudiagnosen 2018	Stationäre Fälle 2018	OZ an einem Standort	14	9.471	19.908	OZ an mehreren Standorten	7	4.996	16.734	Kein Teil eines OZ	7	2.979	11.662	Gesamtergebnis	28 (55,50%)	17.446	48.304	GKV-SV/PatV/LV: s.o. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die Erfüllung von Kriterien „zu jeder Zeit“ am Standort wird seitens der DKG nicht unterstützt und ausdrücklich, u.a. auf Basis der vorgebrachten Beispiele, abgelehnt	Nein
Lungenkrebszentren (LKZ)	Anzahl von LKZ	Neudiagnosen 2018	Stationäre Fälle 2018																						
OZ an einem Standort	14	9.471	19.908																						
OZ an mehreren Standorten	7	4.996	16.734																						
Kein Teil eines OZ	7	2.979	11.662																						
Gesamtergebnis	28 (55,50%)	17.446	48.304																						

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			41% der Behandlungsfälle an einem zuschlagsberechtigten Zentrum diagnostiziert und behandelt werden können.		
67.	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Ursprungstext: GKV-SV: <i>Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und</i> Änderungsvorschlag: Streichen des Punktes	Für die Erfüllung der vom G-BA formulierten besonderen Kriterien von Zentren ist nach dem PPSG nicht die Ausweisung einer Fachabteilung oder Zentrums im Landeskrankenhausplan Voraussetzung; vielmehr ist für die Ausweisung eines Zentrums im Landeskrankenhausplan umgekehrt die Erfüllung der vom G-BA definierten Kriterien Voraussetzung. Aufgrund der zwischen den Ländern heterogenen Praktiken der Aufnahme von Fachabteilungen in den Landeskrankenhausplan (s.a. Kommentar zu §3 (8)) würde die Aufnahme dieses Abschnittes zur ungleichen Behandlung von Krankenhäusern führen.	GKV-SV/LV: Diese Regelung stellt an verschiedenen Stellen auf Fachabteilungen ab. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wird in der Regelung die Definition einer Fachabteilung vorgenommen, da bislang keine allgemeingültige Definition existiert. Sofern der Landeskrankenhausplan oder der Versorgungsvertrag eine Ausweisung auf Fachabteilungsebene vorsieht, muss ein entsprechender Versorgungsauftrag vorliegen. Sieht der Landeskrankenhausplan eine solche Ausweisung nicht vor, dokumentieren die Vertragsparteien vor Ort die Fachabteilungsstruktur anhand der Fachabteilungsschlüssel (Zweistellerebene) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. DKG: Kenntnisnahme PatV: Für die PatV ist eine Bewertung der vorgetragenen Argumente	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				wegen fehlender Folgenabschätzung auch in dieser Frage nicht möglich. Dennoch keine Änderung der Beschlussvorlage.	
68.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu (2) (GKV-SV/KBV): Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen“): Die Formulierung „zu jeder Zeit“ ist mit ihrem Bezug zu sämtlichen Qualitätsvorgaben in der Ausgestaltung ungenau und verleitet nach Ansicht der Bundesärztekammer zu Rechtsstreitigkeiten. Die Erfüllung von Vorgaben „am Standort“ ist in einer Regelung, bei der es um fachübergreifende Zusammenarbeit in einem Netzwerk geht, kontraproduktiv. Die Länder sollten im Einzelfall entscheiden dürfen, dass zwei oder mehrere Kliniken gemeinsam oder kooperativ ein Zentrum bilden und die gestellten Aufgaben gemeinsam erfüllen.		GKV-SV: Die Regelung, dass die Vorgaben von den Krankenhäusern „zu jeder Zeit“ am Standort zu erfüllen sind, stellt klar, dass die Erfüllung der Vorgaben 24/7 bzw. in den zum Teil spezifischer geregelten Zeiträumen zu gewährleisten ist. Grundsätzlich müssen Zentren jederzeit in der Lage sein, zeitnah beratend tätig zu werden, wenn andere Krankenhäuser aus ihrem Netzwerk Beratungsleistungen anfordern. Zu der geforderten Streichung des Standortbegriffes siehe Lfd. Nr. 62. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die Erfüllung von Kriterien „zu jeder Zeit“ am Standort wird seitens der DKG nicht unterstützt und ausdrücklich, u.a. auf Basis der vorgebrachten Beispiele, abgelehnt. PatV: Für die PatV ist eine Bewertung der vorgetragenen Argumente	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				wegen fehlender Folgenabschätzung auch in dieser Frage nicht möglich. Dennoch keine Änderung der Beschlussvorlage. LV: Der Standortbezug wird grundsätzlich befürwortet. Es sollte jedoch geprüft werden, ob für bestimmte patientenferne Leistungen (Humangenetik, Pathologie, Labor etc.) Ausnahmen hiervon gemacht werden können.	

Absatz 3 (GKV-SV/KBV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
69.	HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	Es ist nicht sinnvoll, alle Strukturen 24/7 vorhalten zu wollen.	Sozialarbeit, Psychoonkologie, Pathologie, Humangenetik, spezielles Labor muss vorhanden aber nicht 24/7 vorhanden sein. Klinische Fächer, die der unmittelbaren Versorgung dienen müssen 24/7 verfügbar und einsatzbereit sein. 24/7-Dienste für alles erfordern Personalressourcen, die absehbar in Zukunft nicht mehr verfügbar sein werden. Die 24/7-Verfügbarkeit muss auf Facharztniveau nur für unmittelbare bettenführende Abteilungen und Abteilungen der Notfallversorgung gefordert werden. Durch Vertreterregelungen	GKV-SV: Die hier zugrunde gelegten Anforderungen an Fachabteilungen sind nur für die in den jeweiligen Anlagen unter Qualitätsanforderungen explizit genannten Fachabteilungen zu erfüllen, nicht jedoch von allen am Standort vorhandenen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme,	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			gleicher Kompetenz müssen Kontinuitäten auch bei Urlaub, Dienstreise und Krankheit sichergestellt sein.	Die Erfüllung von Kriterien „zu jeder Zeit“ am Standort wird seitens der DKG nicht unterstützt und ausdrücklich, u.a. auf Basis der vorgebrachten Beispiele, abgelehnt PatV: Kenntnisnahme ohne Kommentar (wegen fehlender Möglichkeiten der Bewertung) LV: Der Standortbezug wird grundsätzlich befürwortet. Es sollte jedoch geprüft werden, ob für bestimmte patientenferne Leistungen (Humangenetik, Pathologie, Labor etc.) Ausnahmen hiervon gemacht werden können.	
70.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Änderungsvorschlag: Definition Fachabteilung Abs. 3 Nr. 1 und Nr. 2 hier streichen!	Die gleichlautende Definition einer Fachabteilung bei der „umfassenden“ stationären Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen nach §25 Modul Kinder ist sinnvoll und in der in der zugehörigen G-BA-Richtlinie vorliegenden Form auch angemessen. Aber für die Definition von übergeordneten Qualitätsanforderungen aller künftig „zuschlagfähigen Zentren“ ist dies für den Kinderbereich überzogen. Die Zentren sind vielmehr in der Regel in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet und stellen nicht zwangsläufig eigene Fachabteilungen dar. Wir schlagen vor diesen Passus hier zu streichen und ggf. bei der Definition einzelner Zen-	GKV-SV: Die hier geforderte Streichung des Begriffes Fachabteilung ist wird nicht entsprochen. Ein Krankenhaus, dass aus vergleichbaren Anbietern der Spitzenmedizin herausragen und mit diesem Wissen anderen helfen will sollte dies durch die Vorhaltung einer Fachabteilung dokumentieren. Dies ist keinesfalls überzogen. Der Satz: „Die Zentren sind vielmehr in der Regel in Zen-	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			tren mit „zuschlagfähigen besonderen Aufgaben“ nach Überprüfung im Einzelfall aufzunehmen. Darüber hinaus ist zu fordern, dass auch Zentren, die nicht in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet sind, eine ausgewiesene personelle Ausstattung und Infrastruktur aufweisen, die eine kind- und familiengerechte Betreuung entsprechend der EACH Charta ermöglicht.	tren für Kinder- und Jugendmedizin eingebettet und stellen nicht zwangsläufig eigene Fachabteilungen dar.“ Ist im Übrigen inhaltlich sinnfrei. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die hier zugrunde gelegten Anforderungen an Fachabteilungen nur für die in den jeweiligen Anlagen unter Qualitätsanforderungen explizit genannten Fachabteilungen zu erfüllen sind, nicht jedoch von allen am Standort vorhandenen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die Vorhaltung von Fachabteilungen am Standort ist aus Sicht der DKG problematisch und abzulehnen. Bei der Datenübermittlung nach § 301 SGB V ist keine exakte Übermittlung des Schwerpunkts/der Art der Spezialisierung der Fachabteilung notwendig. Im Rahmen der Krankenhausplanung findet darüber hinaus nicht immer eine Planung auf Fachabteilungsebene statt. PatV: Kenntnisnahme ohne Kommentar (wegen fehlender Möglichkeiten der Bewertung)	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				LV: Kenntnisnahme	
71.	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) in Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN), Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Deutsche Gesellschaft für	Aus unserer Sicht ist daher die Definition von Fachabteilungen, z.B. auf Seite 9, kritisch zu kommentieren. Die Einbettung der pädiatrischen Subdisziplinen in Zentren für Kinder- und Jugendmedizin hat zur Folge, dass Mitarbeiter einer pädiatrischen Subdisziplin im Stellenplan nicht zwangsläufig fest einer spezialisierten Fachabteilung zugeordnet sind. Vielmehr sind sie Teil des Stellenplans des Gesamt- Kinderzentrums. Dieser Punkt kann somit keine notwendige Bedingung für die Definition eines Zentrums im Kontext der konservativen oder operativen Kinder- und Jugendmedizin sein. Auf der anderen Seite ist aus Sicht einer kindgerechten medizinischen Betreuung in Organzentren spezifisch qualifiziertes Personal für die medizinische und psychosoziale Betreuung der Kinder und Jugendlichen separat auszuweisen.	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, wie z.B. Herzzentren, Transplantationszentren, Rheumakliniken o.a., dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 62 und 63 DKG: Die Vorhaltung von Fachabteilungen am Standort ist aus Sicht der DKG problematisch und abzulehnen. Wenn das Zentrum für Kinder und Jugendmedizin beraten wird, werden diese Aspekte in die Beratungen einbezogen. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJP) und Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)				
72.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: „Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist bei Notwendigkeit jederzeit “	Die Integration der Fachrichtung medizinischen Genetik, die an allen universitären Einrichtungen eine eigene Fachabteilung darstellt, ist in vielen Zentren unumgänglich, bedarf aber nicht zwingend eines 24h Dienstes am Patienten.	GKV-SV: In den Zentrums-Regelungen wird explizit keine Fachabteilung für Humangenetik gefordert, sondern ein Team für humangenetische Expertise, da die in der Fachabteilungsdefinition geforderte 30 Minuten Facharztverfügbarkeit am Patienten für die Humangenetik nicht erforderlich ist. DKG: Kenntnisnahme PatV: Kenntnisnahme ohne Kommentar (wegen fehlender Möglichkeiten der Bewertung). Die Formulierung "bei Notwendigkeit" ist jedoch zu offen und nicht operationalisierbar. Keine Änderung der Beschlussvorlage LV:	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Kenntnisnahme. Formulierung „bei Notwendigkeit“ ist zu unpräzise	
73.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu (3): Die Bundesärztekammer hat sich in der Vergangenheit bereits zu der vom G-BA gewählten Definition einer Fachabteilung geäußert, die auch in diesem Regelungsentwurf von GKV-SV/PatV bzw. KBV nicht zielführend ist und die trotz ihrer Kleinteiligkeit das zentrale Merkmal, die Leitung durch eine/n fachlich nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt/ärztin, vermissen lässt. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Fachabteilungsschlüssel für gänzlich andere Zwecke eingeführt wurde und bei der Identifikation einer Fachabteilung in diesem Sinne nicht hilfreich ist. Das gleiche gilt für die Vorgabe einer jederzeitigen Facharzt-Präsenz am Patienten innerhalb von 30 Minuten. Auch wenn hier in den Tragenden Gründen ausgeführt wird, dass das zugrundeliegende Dienstmodell unerheblich sei, solange es zum gewünschten Ergebnis (der/die Facharzt/ärztin steht nach 30 Minuten am Bett) führt, ist hiermit eine Regelung vorgegeben, die Rechtsstreitigkeiten befördert, für den Patienten aber nicht zwingend zu einer Verbesserung führt.		GKV-SV/LV: Der geforderten Streichung der Definition einer Fachabteilung wird nicht entsprochen. Ein Krankenhaus, dass aus vergleichbaren Anbietern der Spitzenmedizin herausragen und mit diesem Wissen anderen helfen will sollte dies durch die Vorhaltung einer Fachabteilung dokumentieren. Dies ist keinesfalls überzogen. In Ermangelung einer bundeseinheitlichen Definition von Fachabteilungen und vor dem Hintergrund, dass die Regelung an verschiedenen Stellen auf Fachabteilungen abstellt, bedarf es daher unbedingt einer bundeseinheitlichen Definition. Der Fachabteilungsschlüssel (Nr. 4) stellt nur eine der erforderlichen Voraussetzungen für das Vorliegen einer Fachabteilung dar. Fachabteilungsschlüssel sind ein geeignetes Kriterium, da sie zwischen den Vertragsparteien auf der Bundesebene geeint sind und Transparenz über die Struktur eines Krankenhauses ermöglichen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				PatV: Kenntnisnahme ohne Kommentar	

Absatz 5 (GKV-SV/KBV) / Absatz 3 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
74.	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	<u>Zu Vorschlag GKV-SV/KBV</u> Bitte ergänzen nach „stationär: „oder teilstationär“	In der Formulierung von GKV-SV/KBV wird eine vollstationäre Behandlung, nicht aber die teilstationäre Behandlung erwähnt. Darüber hinaus favorisieren wir die Formulierung (3) der DKG	GKV-SV: s.o. Lfd. Nr. 23 DKG: Kenntnisnahme LV: Stationär beinhaltet voll-stationär und teilstationär	GKV-SV/LV: Nein
75.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV</u> Das Nähere zu Mindestfallzahlen ist in den Anlagen festgelegt. Für die Berechnung der Mindestfallzahl ist die Summe aller in der Anlage näher bezeichneten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen bzw. im Mittelwert der letzten 2 Kalenderjahre maßgeblich, die von dem Krankenhaus oder dem Teil des Krankenhauses stationär behandelt wurden, das die entsprechende besondere Aufgabe wahrnimmt. Für die in Anlage II, §1, Absatz 2 definierten Qua-	Für die Überprüfung der Mindestfallzahlen sollten nicht nur die zurückliegenden vier Quartale, sondern auch der Mittelwert über die letzten 2 Kalenderjahre zugrunde gelegt werden. Damit kann eine eventuell auftretende, kurze Schwankung der Fallzahlen ausgeglichen werden, ohne das gesamte Zentrum in Frage zu stellen. Für die Erstellung von Qualitätsberichten, die (u.a. Qualitätsindikatoren) Ergebnisse der Zentren betrachten, sollte ein einheitlicher Betrachtungszeitraum mit klarem Beginn (=	GKV-SV: Die Behandlungskompetenz muss im Zentrum kontinuierlich vorliegen. Die Mindestfallzahlen sind so gewählt, dass Zentren diese jederzeit erfüllen müssen. Eine Ausweitung des Referenzzeitraumes auf zwei Jahre wird daher abgelehnt, weil die um Beratung ersuchenden Institutionen Verlässlichkeit hinsichtlich der bestehenden Kompetenz erwarten.	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		litätsanforderungen kann das letzte Kalenderjahr als Betrachtungszeitraum zugrunde gelegt werden.	01.01.) und Ende (= 31.12.) definiert werden. Die Betrachtung von Quartalen erschwert die Auswertung erheblich, macht sie fehleranfällig und reduziert unnötigerweise die Aussagekraft der Berichte. Die in den Qualitätsberichten ausgewiesenen Qualitätsindikatoren müssen von den die jeweilige Grundkrankheit behandelnden Fachgesellschaften definiert und hinterlegt werden.	DKG: Kenntnisnahme PatV: Kenntnisnahme ohne Kommentar	
76.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV Änderungsvorschlag:</u> Das Nähere zu Mindestfallzahlen ist in den Anlagen festgelegt. Für die Berechnung der Mindestfallzahl ist die Summe aller in der Anlage näher bezeichneten Patientinnen und Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen <u>bzw. im Mittelwert der letzten 2 Kalenderjahre</u> maßgeblich, die von dem Krankenhaus oder dem Teil des Krankenhauses stationär behandelt wurden, das die entsprechende besondere Aufgabe wahrnimmt. <u>Für die in Anlage II, §1, Absatz 2 definierten Qualitätsanforderungen kann das letzte Kalenderjahr als Betrachtungszeitraum zugrunde gelegt werden.</u>	Für die Überprüfung der Mindestfallzahlen sollten nicht nur die zurückliegenden vier Quartale, sondern auch der Mittelwert über die letzten 2 Kalenderjahre zugrunde gelegt werden. Damit kann eine eventuell auftretende, kurze Schwankung der Fallzahlen ausgeglichen werden, ohne das gesamte Zentrum in Frage zu stellen. Für die Erstellung von Qualitätsberichten, die (u.a. Qualitätsindikatoren) Ergebnisse der Zentren betrachten, sollte ein einheitlicher Betrachtungszeitraum mit klarem Beginn (= 01.01.) und Ende (= 31.12.) definiert werden. Die Betrachtung von Quartalen erschwert die Auswertung erheblich, macht sie Fehleranfällig und reduziert unnötigerweise die Aussagekraft der Berichte.	GKV-SV: s.o. DKG: Kenntnisnahme LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Absatz 6 (GKV-SV/KBV/PatV) / Absatz 4 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
77.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Wir unterstützen die Textvariante der DKG (Absatz 4)	Wir alle wünschen uns einen barrierefreien Zugang zu Untersuchungsräumen und eine behindertengerechte Ausstattung eines Krankenhauses. Allerdings hat das inhaltlich nicht viel mit der hier zu regelnden Konkretisierung besonderer Aufgaben zu tun – es sei denn, dass die Umsetzung und deren Finanzierung selbst zu einer besonderen Aufgabe erklärt wird. Daher schlagen wir eine zurückhaltende Formulierung vor, um gute Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Keine Änderung der Beschlussvorlage LV: Kenntnisnahme	PatV/LV: Nein
78.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag KBV</u> Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Eingabe der KBV, dass bei der Wahrnehmung der besonderen Aufgabe im Sinne der vorliegenden Regelung eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen stattfindet.	In der Onkologie ist eine Zusammenarbeit der praktisch Tätigen im Sinne eines Netzwerkes obligat, unabhängig von Sektorengrenzen. Es gibt (annähernd) keine Krankheitsverläufe in der Onkologie, die ausschließlich stationär oder ausschließlich ambulant erfolgen, so dass eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen stattfinden sollte. Die für einzelne Tumorentitäten geltenden Sonderregelungen sind in den entsprechenden Anforderungen/Anlagen ausgeführt (z.B. Kinderonkologie)	DKG/LV: Kenntnisnahme KBV: Zustimmung. PatV: Die PatV akzeptiert die Vorgabe des Gesetzgebers, dass mit dieser Richtlinie nur der stationäre Bereich geregelt wird. Sie nimmt diese Stellungnahme jedoch zu Anlass darauf hinzuweisen, dass mit dieser Vorgabe auch bei der Definition von Zentren die Chance verpasst wurde, die für eine gute und notwendige medizinische Versorgung die absurden Trennungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich aufzubrechen.	PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Deshalb auch an dieser Stelle keine Änderung der Beschlussvorlage.	
79.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/PatV Stellungnahme</u> Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Vorschläge des GKV-SV bzw des/der GKV-SV/PatV für die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen	Die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen ist ein wichtiges Merkmal Onkologischer Zentren. Über die Vermittlung von Kontakten mit anderen Betroffenen werden die Verarbeitung und Bewältigung einer onkologischen Erkrankung für den einzelnen Patienten positiv unterstützt. Gleichzeitig wird durch die Anbindung der Selbsthilfe-Gruppen an Onkologische Zentren die Vermittlung von vertrauenswürdigen Informationen über eine onkologische Erkrankung gefördert und das Wissen für den Umgang mit der Erkrankung gestärkt.	GKV-SV/DKG/LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/LV: Nein
80.	Bundesärztekammer (BÄK)	Zu (6): Solange es keine konkreten Vorgaben gibt, was Barrierefreiheit in diesem Zusammenhang genau bedeutet und wie z.B. Bau- und Strukturmaßnahmen zur Erlangung der so definierten Barrierefreiheit finanziert werden sollen, sind auch diese Regelungen hier nicht zielführend. Eine verpflichtende Barrierefreiheit, die über die Barrierefreiheit in der Krankenhausversorgung hinausgeht, ist nicht nötig. Sollte es aufgrund spezifischer fachlicher Gründe besondere Vorgaben geben müssen, kann dies über den Krankenhauspl an erfolgen.		GKV-SV: Gemäß § 4 BGG gelten u.a. bauliche und sonstige Anlagen, wie im vorliegenden Fall „der Zugang zum Krankenhaus“, als barrierefrei, „wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.“ [§ 4 BGG] Eine Finanzierung von technischen Strukturen als besondere Aufgabe kommt nur dann in Frage, wenn diese außergewöhnlich sind	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				und deren Vorhaltung insbesondere für die Behandlungen von Erkrankungen erforderlich ist, die nicht nur innerhalb einer einzelnen Fachabteilung versorgt werden können und die eine Konzentration besonders aufwendiger, vorhaltungs- und infrastrukturintensiver Versorgung erfordert. Dies trifft auf Bau- und Strukturmaßnahmen für Barrierefreiheit nicht zu. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV Keine Änderung der Beschlussvorlage LV: Kenntnisnahme	

Absatz 7 (GKV-SV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
81.	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	Bitte ergänzen nach „stationär: „oder teilstationär“	Wir begrüßen ausdrücklich die Vorgaben der Formulierungen zur verbindlichen und strukturierten Zusammenarbeit mit Selbsthilfe / Patientenorganisationen!	GKV-SV: s.o. Lfd. Nr. 23 DKG: Siehe Nummer 29	PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				LV: Stationär beinhaltet vollstationär und teilstationär	
82.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag KBV und zum Vorschlag GKV-SV/PatV Stellungnahme</u> siehe Ausführungen zu Absatz 6		DKG: Kenntnisnahme	PatV: Nein

§ 6 Evaluation

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
83.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Zu §6 Evaluation Eine Evaluation ist fünf Jahre nach In-Kraft-Treten der Regelung geplant. Allerdings ist die Evaluation in keiner Weise operationalisiert, es bleibt somit unklar, welche Bereiche und Endpunkte dabei überprüft werden sollen. Die AWMF sieht zwei Ebenen der Evaluation, die unbedingt zu überprüfen sind und in die Richtlinie in Form eines konkreten Evaluationsplans aufgenommen werden sollten: 1. Grad der Umsetzung der Richtlinie in den einzelnen Bundesländern 2. Nachweis eines patientenrelevanten Nutzens.	Zum Nachweis eines patientenrelevanten Nutzens ist kontinuierlich eine geeignete Datenerhebung erforderlich, in die auch patientenberichtete Endpunkte bzw. Patientenerfahrungen eingehen. Diese muss finanziell machbar sein. Im Sinne der Datensparsamkeit sind Doppel- bzw. Mehrfachdokumentationen zu vermeiden.	GKV-SV: Die Konkretisierung der Evaluationsanforderungen erfolgt nicht im Rahmen dieser Regelungen, sondern wird im Vorfeld einer konkreten Beauftragung beraten werden. DKG: Kenntnisnahme Im Rahmen der Evaluation ist es sinnvoll, dass z.B. eine detaillierte Aufstellung der Anzahl der Zentren und eine kontinuierliche Datenerhebung erfolgt. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Anlage 1 – Seltene Erkrankungen

§ 1 Qualitätsanforderungen

Absatz 1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.	Die Deutsche Röntgengesellschaft und die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie sprechen sich dafür aus, dass in den Zentren für Seltene Erkrankungen neben Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin und Humangenetik zusätzlich auch Fachärzte und Fachärztinnen für Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie als strukturell notwendige Voraussetzung eingeplant werden.	Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügen über die Expertise in der bildbasierten Diagnostik seltener Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Neben den klassischen Skelettdysplasien benötigen viele Patienten mit syndromalen Erkrankungen spezielle kinderradiologische Diagnostik, die nur in entsprechend qualifizierten Zentren durchgeführt werden kann.	GKV-SV: Die Tätigkeit von Zentren stellt vorwiegend auf die Erbringung von beratenden Leistungen für andere Krankenhäuser ab. Die Tätigkeit der Radiologen stellt eine patientennahe Leistung da, die in diesem Fall nicht zwischen Anbietern der Spitzenmedizin und der Regelversorgung differenziert. PatV: Darüber hinaus haben die Zentren, die sich mit syndromalen Erkrankungen die eine spezielle kinderradiologische Diagnostik erfordern, beschäftigen, eine solche. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein

Absatz 2**Absatz 2 Nummer 2 (GKV-SV/PatV)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
2.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	Für ein Zentrum „Seltene Erkrankungen“ wäre die HNO nicht Zentrums-führend „Referenz-zentrum, Typ A“ sondern ein Kooperations-partner „integriertes Fachzentrum, Typ B“.	Zentrumsführend wären sinnvollerweise Innere Medizin und/oder Pädiatrie. Die HNO-Fachgesellschaft wird allen Mitgliedern empfehlen im Rahmen entstehender Zentren für seltene Erkrankungen die Kooperation anzubieten. Studienpersonal, Registerinvestitionen, Erstellung und Aktualisierung eines Atlas etc. einmalig und personell laufend müssen finanziert werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme Besondere, zuschlagsfähige Aufgaben sind daher unter § 2 definiert. DKG/PatV: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein
3.	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh)	Änderungsvorschlag: streichen	Eine solche Substruktur in A- und B-Zentren geht in der Kindermedizin an der Realität vorbei. Besonders im kinderchirurgischen Bereich wird es mehrere A-Zentren, aber keine B-Zentren geben, da die Erkrankungshäufigkeiten eine solche Struktur nicht erfordern.	GKV-SV: Anlage I unterscheidet nicht nach verschiedenen Lebensabschnitten. Die Qualitätsanforderungen und die Stufung in A- und B-Zentren, die gemeinsam ein Netzwerk darstellen, orientieren sich eng an dem Konzept des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltene Erkrankungen (NAMSE). DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Diese Anforderung (Typ A Zentrum übernimmt koordinierende Aufgaben für 5 integrierte B Zentren) ist keine Anforderung im Konzept des Nationalen Aktionsbündnisses für	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE). Die Formulierung der DKG „Zentrum oder Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für eine oder mehrere Seltenen Erkrankungen“ entspricht den Organisations- und Koordinationsanforderungen in der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen. Aus diesem Grund unterstützt die DKG die Anmerkung der DGKCh und lehnt eine solche Forderung des GKV-SV ab. PatV: A-Zentrum ist die koordinierende, administrative Instanz (siehe NAMSE)	
4.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Wir halten die Vorgabe einer Mindestanzahl von B-Zentren für nicht zielführend.	In der Regel wird es sich bei den Zentren um Zusammenschlüsse in einer Größenordnung von 8-12 B-Zentren handeln. Es ist möglich, dass an einem A-Zentrum für seltene Krankheiten durch Wachstum einzelner B-Zentren oder Wegfall bzw. Nicht-Aktivität von anderen B-Zentren weniger als fünf Zentren betreut werden. Wir halten die Vorgabe einer Mindestanzahl von B-Zentren daher für nicht zielführend.	GKV-SV: Die Anlage sieht lediglich eine Anzahl von 5 B-Zentren als Mindestvoraussetzung eines Zentrums für seltene Erkrankungen vor. Da die FG selbst angibt, dass üblicherweise 8-12 B Zentren an einem A-Zentrum vorhanden sind, sollte die Erfüllung dieses Merkmales keine Schwierigkeiten bereiten.	PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				PatV: Wir schließen uns dem GKV-SV an DKG: Kenntnisnahme, Diese Anforderung (Typ A Zentrum übernimmt koordinierende Aufgaben für 5 integrierte B Zentren) ist keine Anforderung im Konzept des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE). Die Formulierung der DKG „Zentrum oder Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für eine oder mehrere Seltenen Erkrankungen“ entspricht den Organisations- und Koordinationsanforderungen in der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen. Aus diesem Grund unterstützt die DKG die Anmerkung der DGVS und lehnt eine solche Forderung des GKV-SV ab.	
5.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: „...übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren) des Standortes , welche“	Diese Spezifizierung heißt im Umkehrschluss, ein A-Zentrum kann es nur geben, wenn am Standort mindestens 5 B-Zentren integriert sind, korrekt? Es gibt bei dieser Definition eine Unschärfe zu Seite 15, GKV-SV/PatV 3.: „Übernahme ... für mindestens fünf Fachzentren einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren) anderer Krankenhäuser ...“	GKV-SV/PatV: Es handelt sich nicht um eine Unschärfe der Formulierungen, sondern um zwei verschiedene Anforderungen: Das Typ A Zentrum übernimmt sowohl für fünf integrierte Fachzentren am Standort als auch für fünf ex-terne Fachzentren	GKV-SV/PatV: Ja, Anlage I § 1 Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt geändert: „2. Das krankheitsübergreifende Referenzzentrum (Typ A

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				anderer Krankenhäuser koordinierende Aufgaben. Zur Klarstellung wird der Vorschlag der Fach-gesellschaft übernommen. DKG: Kenntnisnahme	Zentrum) übernimmt koordinierende Aufgaben für mindestens fünf integrierte Fachzentren (Typ B Zentren) des Standortes, welche die nachfolgenden Mindestanforderungen erfüllen:“

Absatz 2 Nummer 2 b (GKV-SV/PatV) / Nummer 2 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
6.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfK)	zu Vorschlag DKG: Änderungsvorschlag (neu): „Die Leiterin oder der Leiter des Fachzentrums ist mindestens 20 Wochenstunden für das Zentrum verfügbar. Für die Leitung des Fachzentrums ist ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin benannt und eingearbeitet. “	Ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin für den Urlaubs- oder Krankheitsfall ist i.d.R. nicht in Abläufe integriert. Gerade bei Seltenen Erkrankungen fehlt auch die personelle Expertise von Fachärzten. Mit der Benennung eines Stellvertreters/einer Stellvertreterin wird nicht nur die Patientenversorgung gewährleistet und auf eine breitere personelle Basis gestellt, sondern auch eine Ausbildungsfunktion mit gewährleistet.	DKG: Diese Anforderung ist aus den NAMSE Kriterien übernommen. Die Sicherstellung einer qualifizierten Stellvertretung liegt in der Organisationsverantwortung des Zentrums. PatV: Kenntnisnahme	PatV: Nein

Absatz 2 Nummer 2 e (GKV-SV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
7.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Diese Regelung wird unterstützt.	Diese Regelung wird befürwortet, da die Zentren für seltene Krankheiten grundsätzlich an wissenschaftlichen Studien teilnehmen sollten und hierfür eine gültige Prüfartzqualifikation bei den ärztlichen Mitarbeitern erforderlich ist.	GKV-SV/DKG/PatV: Kenntnisnahme	Nein

Absatz 2 Nummer 2 f (GKV-SV/PatV) / Nummer 4 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
8.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Änderungsvorschlag: „Das Zentrum vermittelt die Dokumentation der Daten der an den B- Zentren versorgten Patientinnen und Patienten in bestehende nationale bzw. internationale Krankheits- und Krankheitsgruppen-spezifische Register, soweit diese nicht direkt vom B-Zentrum dokumentiert werden. Die Meldung setzt voraus, dass die Patientin/der Patient/die Sorgeberechtigten einer solchen Dokumentation zugestimmt haben.“	Eine Meldung an Register darf nur mit Einverständnis der Patientin/des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreter erfolgen. Der Ursprungstext des GKV-SV bzw. der Patientenvertreter könnte so ausgelegt werden, dass wirklich jede Patientin bzw. jeder Patient in ein Register gemeldet werden muss.	GKV-SV: Die einschlägigen Datenschutzbedingungen sind einzuhalten. PatV: Wir schließen uns dem GKV-SV an DKG: Diese Anforderung ist aus den NAMSE Kriterien übernommen. Die Vorgaben zum Datenschutz sind einzuhalten	GKV-SV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
9.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Der Vorschlag der DKG, dass nach Möglichkeit Forschungsdaten dokumentiert werden sollten, wird unterstützt.	Der Vorschlag der DKG wird unterstützt, da es als unrealistisch angesehen wird, zu jedem Patienten Daten in ein entsprechendes Register einzugeben. Dies liegt daran, (1) dass Patienten, die zu Abklärungsuntersuchungen eingewiesen werden, oft keine letztgültige Diagnose erhalten, (2) die Eingabe von Daten in ein Register von der Einwilligung des Patienten abhängig ist und darüber hinaus (3) oft keine entsprechenden Register für die diagnostizierten Erkrankungen existieren. Ein übergreifendes Register ist wünschenswert, erfordert aber sowohl in personeller wie finanzieller Hinsicht sehr hohen Aufwand.	GKV-SV: Die hier kritisierte Regelung in Anlage I soll verhindern, dass zu Lasten der Versichertengemeinschaft, regionaltypischen Register ohne Nutzen für die Patientengemeinschaft betrieben werden. Aus Sicht der GKV sollten aus einer solidarischen Finanzierung nur übergreifende Register finanziert werden, die zumindest im Ansatz geeignet sind auch einen Nutzen für die Weiterentwicklung der Versorgung zu haben. Die Finanzierung des Registers ist unter §2 Nummer 6 geregelt. PatV: Ein Gesamtregister für alle SE halten wir für nicht realisierbar, eine Genotyp-Phänotyp Register schon. Alle Register sollten jedoch interoperabel sowohl auf nationaler als auch auf EU-Ebene sein. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein
10.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Zum Vorschlag DKG: Änderungsvorschlag: „das Zentrum dokumentiert klinisch-diagnostische Daten für am Zentrum....“	Begriff „Forschungsdaten“ ist sehr weit gefasst, das können zellbiologische Daten an Zellkulturen des Patienten sein. Gemeint sind hier doch die klinisch-diagnostischen Daten, die relevant für die Register sind.	DKG: Diese Anforderung ist aus den NAMSE Kriterien übernommen. Die Eingrenzung auf bestehende Patientenregister dürfte dem Anliegen der GfH Rechnung tragen.	DKG/PatV: Nein

Absatz 2 Nummer 2 g (GKV-SV/PaTV) / Nummer 5 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
11.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag zu GKV-SV/PaTV: „ Die B-Zentren wirken an klinischen Studien – wenn vorhanden – (mit Studienprotokoll) zur entsprechenden Krankheit oder Krankheitsgruppe mit,“	Bitte klar definieren, ob hier das A-Zentrum oder die B-Zentren gemeint sind. Aufgrund ihrer Seltenheit gibt es derzeit für die Mehrzahl der seltenen Erkrankungen keine klinische Studien.	GKV-SV: Alle Anforderungen in Absatz 2 Nr. 2 beziehen sich auf die integrierten B Zentren des Standortes. Zur Klarstellung wird der Begriff „Zentrum“ in Absatz 2 Nr. 2 durch „Fachzentrum“ ersetzt. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/PaTV: Ja, Anlage I Abs. 2 Nr. 2 Buchst. c und g werden wie folgt geändert: „c. das Fachzentrum verfügt über eine Anlaufstelle zur Organisation des Erstkontaktes mit geregelten festen Sprechzeiten unter Nennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner,“ „g. das Fachzentrum wirkt an klinischen Studien (mit Studienprotokoll) zur entsprechenden Krankheit oder Krankheitsgruppe mit,“

Absatz 2 Nummer 2 i

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
12.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Dieser Vorschlag ist grundsätzlich zu befürworten.	Von Seiten der DGVS wird angeregt, die Kriterien zur Qualitätskontrolle der Abbildung im www.se-atlas.de offenzulegen bzw. zu überprüfen, da diese derzeit nicht erkennbar sind. Für die Qualifikation als Zentrum sollten extern überprüfbare Qualitätskriterien, z. B. die NAMSE-Kriterien, herangezogen werden bzw. Zertifizierungen angestrebt werden.	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme PatV: Die Qualitätskriterien für die Anerkennung als Zentrum im Sinne der Finanzierung erfolgt gerade – die Zertifizierung der Zentren analog der NAMSE Kriterien wird angestrebt.	Nein
13.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: „das Fachzentrum ist mit seiner spezifischen Expertise im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen (www.se-atlas.de/) registriert“	Es sollte eindeutig hervorgehen, was im Fachzentrum angeboten wird. Auch in B-Zentren mit gleichen Namen werden oft unterschiedliche Erkrankungsgruppen betreut. Auch sollte hervorgehen, ob das B-Zentrum primär klinische Betreuung anbietet, oder auch die diagnostische Expertise im breiten Rahmen vorhanden ist.	GKV-SV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft wird übernommen. PatV: Grundsätzlich nicht falsch, da aber die Fachzentren untereinander kooperieren bzw. kooperieren sollen, sollte es keine Rolle spielen, ob die diagnosti-	GKV-SV: Ja, Anlage I Abs. 2 Buchst. i wird wie folgt geändert: „i. das Fachzentrum ist mit seiner spezifischen Expertise im Versorgungsatlas für Seltene Erkrankungen (www.se-atlas.de/) registriert.“ PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				sche Expertise im breiten Rahmen vorhanden ist, da durch die vielfältigen Möglichkeiten der Telemedizin auch übergreifend auf die Expertise Zugriff besteht. DKG: Kenntnisnahme	

Absatz 2 Nummer 3 (GKV-SV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
14.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Änderungsvorschlag: <u>Entfällt</u> an dieser Stelle unter §1 Qualitätsanforderungen und wird modifiziert in <u>§2 Besondere Aufgaben</u> aufgenommen (siehe auch weiter unten: „Übernahme der koordinierenden Aufgaben für ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern, insbesondere mit einem oder mehreren krankheitsspezifischen oder krankheitsgruppenspezifischen Fachzentren anderer Krankenhäuser (externe Typ B-Zentren), die die unter §1 (2) genannten Kriterien für integrierte Typ B-Zentren erfüllen. Die Einbindung des Zentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.“	Diese Aufgabe des A-Zentrums kann keine Voraussetzung für die Anerkennung als Zentrum für Seltene Erkrankungen sein. Allerdings sollte die Anbindung externer Typ B-Zentren an die Typ A-Zentren unterstützt werden. Diese Überlegungen gründen sich auf die folgenden Punkte: 1) Externe Typ B-Zentren müssen dieselben Qualitätskriterien erfüllen wie die internen Typ B-Zentren. Aktuell gibt es kaum Einrichtungen, die als ein externes Typ B-Zentrum in Frage kämen, eine Anerkennung als Zentrum für Seltene Erkrankungen würde mit der vorgeschlagenen Regelung in Deutschland verhindert.	GKV-SV: Die zentrale Aufgabe des A-Zentrums ist die Koordination der verschiedenen B-Zentren. Dies stellt keine besondere Aufgabe dar, sondern ist Voraussetzung um überhaupt als A Zentrum ausgewiesen zu werden. Die hier geforderte Änderung ist nicht hinreichend konkret. PatV: Zu 1./2. Hier muss eine bessere, eindeutige Formulierung her; mit externen B-Zentren sind nicht nur singuläre Zentren (z. B.	GKV-SV: Nein PatV: Ja Nachweisliche Bemühungen des Typ A-Zent-

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
			2) Die Aufgaben des Typ A-Zentrums in Verbindung mit einem externen Typ B-Zentrum (u.a. Qualitätssicherung, koordinierender Aufgaben, ggf. die Meldung an Register) setzt einen hohen Grad an Einblicken und ggf. Kontrollmöglichkeiten durch das Typ A-Zentrum voraus, welche vertraglich zwischen den Trägern der Zentren geregelt werden müssten. Dies wird von den Trägern potentieller externer Typ B-Zentren nach unserer Erfahrung oft nicht gewünscht. 3) Es gibt einige Fachzentren für die Betreuung von Patienten mit definierten Seltenen Erkrankungen an Einrichtungen mit ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, aber ohne ein Typ A-Zentrum vor Ort. Diese Fachzentren sollten als externe Typ B-Zentren an ein Typ A-Zentrum angeschlossen werden können. Diese Anbindung sollte unterstützt werden.	kleinere Kliniken o.ä.) gemeint, mit denen extra Kooperationsverträge geschlossen werden müssten. Gemeint sind hier Typ B-Zentren einer Erkrankung/Erkrankungsgruppe die in der Regel Teil anderer Typ A-Zentren sind. Beispiel: Alle Zentren für Mukoviszidose die an Universitätskliniken sind werden durch ein Typ A-Zentrum „koordiniert“. Diese Koordination beinhaltet z. B. gemeinsame Fallkonferenzen, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Veranstaltungen mit der Selbsthilfe, die Erstellung von Leitlinien, gemeinsame Forschungsprojekte, den Austausch von Wissen und Erkenntnissen zu Mukoviszidose. Diese Koordination wird durch den SE-Administrator (siehe besondere Aufgaben) geleistet. Dieses Kriterium ist aber derzeit nicht erfüllbar. Es sollte definitiv ein Ziel sein, das innerhalb von 3 – 5 Jahren erfüllt werden muss. Derzeit wird die Koordination von den einzelnen Experten in den Typ B-Zentren selbst übernommen. Zu 3. Das ist korrekt. DKG:	ums koordinierende Aufgaben (Organisation von virtuellen Fallkonferenzen, virtuellen Konsilen, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Veranstaltungen mit der Patientenselbsthilfe – sofern vorhanden, Erstellung von Leitlinien) für mindestens 5 externe Fachzentren (Typ B-Zentren) die in der Regel in ein anderes Typ A-Zentrum integriert sind, zu übernehmen. Innerhalb von 3-5 Jahren muss das Ziel erreicht sein.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Kenntnisnahme Die Formulierung der DKG „Zentrum oder Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für eine oder mehrere Seltenen Erkrankungen“ entspricht den Organisations- und Koordinationsanforderungen in der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen. Die Festlegung auf A-Zentren mit einer Mindestanzahl B-Zentren und die Übernahme koordinativer Tätigkeiten für weitere 5 externe B-Zentren wird seitens der DKG im Hinblick auf die bestehende Versorgungsrealität dieser besonderen Patientengruppe abgelehnt.	
15.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Diese quantitative Festlegung wird abgelehnt.	Siehe hierzu Begründung/Anmerkung 1.	GKV-SV: s.o. DKG: Kenntnisnahme, Die Formulierung der DKG „Zentrum oder Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für eine oder mehrere Seltenen Erkrankungen“ entspricht den Organisations- und Koordinationsanforderungen in der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen. Die Festlegung auf A-Zentren mit einer Mindestanzahl B-Zentren und die Übernahme koordinati-	GKV-SV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				ver Tätigkeiten für weitere 5 externe B-Zentren wird seitens der DKG im Hinblick auf die bestehende Versorgungsrealität dieser besonderen Patientengruppe abgelehnt.	
16.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfK)	Änderungsvorschlag: „Übernahme der koordinierenden Aufgaben für mindestens fünf Fachzentren jeweils einer Krankheitsgruppe (Typ B Zentren), die Einbindung der Typ B Zentren in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert“	Klärung welche B-Zentren gemeint sind, ist hier notwendig. Auch klingt es in dieser Formulierung so, dass mindestens 5 andere Krankenhäuser integriert sein müssen. Dies ist nach den NAMSE-Kriterien so nicht vorgesehen.	DKG: Kenntnisnahme, Die Formulierung der DKG „Zentrum oder Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für eine oder mehrere Seltenen Erkrankungen“ entspricht den Organisations- und Koordinationsanforderungen in der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen. Die Festlegung auf A-Zentren mit einer Mindestanzahl B-Zentren und die Übernahme koordinativer Tätigkeiten für weitere 5 externe B-Zentren wird seitens der DKG im Hinblick auf die bestehende Versorgungsrealität dieser besonderen Patientengruppe abgelehnt. PatV: s.o. GKV-SV: Siehe Lfd. Nr. 5	PatV: Nein

Absatz 2 Nummer 4 (PatV) / Nummer 2 (KBV) / Nummer 6 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
17.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Hier wird die Version der DKG unterstützt.	Die Erstellung von SOPs für die genannten Punkte a-g ist wünschenswert. Punkt a) Angesichts der Vielzahl von Fragestellungen bei abzuklärenden Patienten wird eine SOP für eine klinische Differentialdiagnostik für wenig zielführend gehalten. Nach Einschätzung der DGVS wird es für wenig realistisch gehalten, konkrete Handlungsempfehlungen zu geben, wenn die Patienten einer psychosomatischen Betreuung bedürfen. Die entsprechenden Betreuungsangebote sollten in Wohnortnähe des Patienten verfügbar sein, sie sind keinesfalls für das Zentrum für seltene Erkrankungen einsehbar, überprüfbar oder modulierbar. Punkt b) Die Erstellung von SOPs für Fallkonferenzen für die Indikationsstellung zur Exonsequenzierung sowie für die Kooperation für die externen B-Zentren und anderen Gesundheitsdienstleistungen (Punkte b, c, und g) werden befürwortet. Punkt e) Es ist nicht klar was mit einem integrierten, standort übergreifenden oder internationalen Fachzentrum gemeint ist.	PatV: Kenntnisnahme DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	DKG/PatV: Nein
18.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag zu 4./2. c): „Bei Verdacht auf das Vorliegen einer genetischen Ursache einer Seltenen Erkrankung“ SOP für eine interdisziplinäre Indikation	In wenigen Jahren werden umfassende genetische Analysen über die Exomanalyse hinaus zur Aufklärung der Ursache von genetisch bedingten Seltenen Erkrankungen diagnostisch eingesetzt werden. Deren diagnostische Sensitivität konnte bereits in mehreren Studien	GKV-SV Dieser Änderungsvorschlag bezieht sich nicht auf den GKV Vorschlag. DKG/PatV:	PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		onsstellung einer umfassenden genetischen Analyse unter Beteiligung eines FA für Humangenetik“	gezeigt werden (zB Genomweite Sequenzierung, RNAseq, usw.) Die Technologie bzw. der Umfang der Untersuchung sollte bei der Bestimmung der Qualifikation eines Zentrums zunächst keine Rolle spielen.	Kenntnisnahme	

Absatz 2 Nummer 4 (GKV-SV) / Nummer 3 (KBV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
19.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Änderungsvorschlag: „Sowohl eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin wie auch ein Team mit klinischer humangenetischer Expertise, welches unter Leitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Humangenetik steht, sind am Standort des Zentrums vorhanden.“	Eine Fachabteilung bzw. eine Klinik für Pädiatrie ist für die Diagnose von Patienten mit unklarer Diagnose sowie die spezialisierte stationäre Behandlung insbesondere im Rahmen der Erstdiagnose unerlässlich, da sich die meisten Seltenen Erkrankungen in der (frühen) Kindheit manifestieren und dort diagnostiziert werden. Auch ist die klinische Symptomatik bei Diagnosestellung in der Pädiatrie nicht selten so bedrohlich, dass eine stationäre Aufnahme in einer Klinik mit viel Expertise zur Stabilisierung und Einleitung einer Therapie erforderlich wird. Im vom Innovationsfonds geförderten Projekt TRANSLATE-NAMSE sind mehr als 90% der Neudiagnosen neudiagnostizierten Patienten mit einer Seltenen Erkrankung Kinder und Jugendliche. Die Formulierung im Textentwurf des GKV-SV zur Humangenetik („Institut für medizinische Humangenetik (Team für humangenetische	GKV-SV/KBV/PatV: Der Vorschlag ist zielführend und wird übernommen. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Ja, Anlage I § 1 Abs. 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert: „Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für medizinische Humangenetik oder klinische Genetik (Team für humangenetische Expertise unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Humangenetik) am

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Expertise mit einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin oder einem leitenden Facharzt für Humangenetik“) ist missverständlich, der Begriff „Institut für medizinische Humangenetik“ sollte entfallen. Dies gründet sich auf die folgenden Punkte: • Die Bezeichnung „Institut für medizinische Humangenetik“ tragen nur wenige humangenetische Institute in Deutschland, obwohl viele andere dieselben Funktionen übernehmen. • Die Institute für (medizinische) Humangenetik haben zum Teil ihren Schwerpunkt sehr grundlagenforschungsorientiert. Für die Patientenversorgung insbesondere bei unklaren Diagnosen ist jedoch der direkte Zugang zu einer klinisch erfahrenen Fachärztin bzw. einem klinisch erfahrenen Facharzt für Humangenetik sowie bioinformatische Expertise vor Ort wichtig. Auch wird bei Betrachtung der tragenden Gründe des GKV-SV zu diesem Punkt (vergl. Anlage 2 – Tragende Gründe; Seiten 28 unten & 29 oben) deutlich, dass der Vorschlag des GKV-SV nicht auf das Vorhandensein eines Instituts für medizinische (klinische) Humangenetik am Standort zielte, sondern auf ein Team mit humangenetischer Expertise am Standort, so dass durch den Wegfall des Begriffes „Institut für medizinische Humangenetik“ die Intention des GKV-SV zu diesem Punkt nicht verändert wird.		Standort des Zentrums,“ Entsprechende Anpassung der TrG unter 2.7.1.2.5

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Wir bitten auch zu beachten, dass ein Institut für (medizinische) Humangenetik am Standort (baulich maximal 2 km vom A Zentrum entfernt, zum selben Klinikum gehörig) als Qualitätskriterium verhindern würde, dass viele der großen und etablierten Zentren für Seltene Erkrankungen die Qualitätsanforderungen erfüllen können.		
20.	Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)	Zu § 5 Qualitätsanforderungen In allen Varianten fehlt der Schwerpunkt Kinderradiologie Die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie spricht sich dafür aus, dass in den Zentren für Seltene Erkrankungen neben Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin und Humangenetik zusätzlich auch Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie als strukturell notwendige Voraussetzung eingeplant werden.	Fachärzte und Fachärztinnen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügen über die Expertise in der bildbasierten Diagnostik seltener Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Neben den klassischen Skelettdysplasien benötigen viele Patienten mit syndromalen Erkrankungen spezielle kinderradiologische Diagnostik, die nur in entsprechend qualifizierten Zentren durchgeführt werden kann.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 1 DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein
21.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: „Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für Humangenetik oder Klinische Genetik unter klinischer Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Humangenetik am Standort des Zentrums “ Zu den Tragenden Gründen: Seltene Erkrankungen sind oftmals genetisch bedingt. Das Zentrum für seltene Erkrankungen muss daher Zugang zu Hochdurchsatzverfahren haben. Die Verfahren der genetischen Diagnostik müssen nicht unmittelbar am Standort des Zentrums durchgeführt werden. Es muss jedoch ein Institut für Humangenetik oder Klinische Genetik am Standort	Die humangenetische Expertise auf Facharzt-Niveau muss in einem Zentrum für Seltene Erkrankungen unmittelbar verfügbar sein, um kurzfristig Konsile und interdisziplinäre Fallkonferenzen durchführen zu können.	GKV-SV/PatV: Die Formulierung wird auf Basis des Vorschlages der Fachgesellschaft angepasst. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Ja, Anlage I § 1 Abs. 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert: „Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und Institut für medizinische Humangenetik oder klinische Genetik (Team für humangenetische Expertise

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		des Zentrums geben, welches unter Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Humangenetik die qualifizierte Interpretation der genetischen Analysen sowie eine genetische Beratung/ Aufklärung der Patienten/innen sicherstellt.			unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Humangenetik) am Standort des Zentrums,“ Entsprechende Anpassung der TrG unter 2.7.1.2.5

Absatz 2 Nummer 5 (GKV-SV/PatV) / Nummer 4 (KBV) / Nummer 7 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
22.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag:</u> Das A Zentrum verfügt über eine interdisziplinäre Koordinationsexpertise. Hierzu zählt eine/ein medizinische/r Koordinator/in mit Beteiligung der Pädiatrie und der Erwachsenenmedizin und mit administrativer Unterstützung durch eine Lotsin bzw. einen Lotsen und ist werktätig (Montag - Freitag) zur Steuerung der Patientinnen und Patienten zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit verfügbar.	Aufgrund der Anfragen sowohl zu pädiatrischen als auch zu erwachsenen Patienten muss für die Lotsenfunktion die Expertise für beide Altersbereiche vorliegen. Eine werktägliche Erreichbarkeit ist für die zeitnahe Versorgung der Patienten wichtig.	GKV-SV/PatV: Der Vorschlag ist zielführend und wird übernommen.	GKV-SV/PatV: Ja, In Absatz 2 Nummer 5 wird folgender Satz eingefügt: Der werktätig (Montag – Freitag) Verfügbarkeit einer ärztlichen Lotsin oder eines ärztlichen Lotsen, die oder der die Steuerung der Patientinnen und Pati-

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				DKG: Kenntnisnahme	enten zu spezialisierten Versorgungsangeboten in der Pädiatrie und in der Erwachsenenmedizin bundesweit übernimmt. DKG: Nein
23.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Die DKG-Version wird von der DGVS befürwortet.	Es ist nicht notwendig, dass durch den Lotsen eine bundesweite Steuerung übernommen wird (GKV-Version). Gegebenenfalls kann bei Nicht-Verfügbarkeit interner Einrichtungen auch auf externe humangenetische Expertise zurückgegriffen werden, die in hoher Qualität auch an außer-institutionellen Einrichtungen zur Verfügung steht (Version der Patientenvereinigung). Der Zugang zu komplexer Medizininformatik ist wünschenswert, aber keine Voraussetzung für ein erfolgreiches Management für eine Einrichtung zur Behandlung von seltenen Krankheiten (Version der Patientenvereinigung). Keinesfalls darf er Grundlage für zu erteilende Zuschläge sein.	GKV-SV/PatV: Die Notwendigkeit für einen spezifischen Kinderlotsen erschließt sich uns nicht. Es geht hier ausschließlich um Koordinationsleistungen und nicht um die Behandlung selbst. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/ DKG/PatV: Nein
24.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: „Das A Zentrum verfügt.....und mindestens einer Medizininformatikerin oder einem Medizininformatiker zur standardisierten Datenintegration im Krankenhaus.“	Die Funktion und Aufgaben des Medizininformatikers/der Medizininformatikerin sollte klar definiert werden, da das Spektrum generell auch in der Medizin sehr breit angelegt ist.	GKV-SV: Dieser Änderungsvorschlag bezieht sich nicht auf den GKV Vorschlag. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein

Absatz 2 Nummer 6 (KBV) / Nummer 7 (PatV) / Nummer 8 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
25.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) stimmt dem Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu, dass die psychosoziale Betreuung der Patienten anhand eines Konzepts erfolgen soll, das sich, sofern vorhanden, an verfügbaren Leitlinien orientieren soll.	Die BPtK stimmt der Formulierung der KBV zu, aus der – im Gegensatz zum Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – stärker hervorgeht, dass die psychosoziale Betreuung der Patientinnen und Patienten anhand eines Konzeptes erfolgen soll und nicht lediglich ein Konzept zur psychosozialen Betreuung in der Einrichtung vorhanden sein soll. Den Zusatz, dass sich das Konzept der psychosozialen Betreuung bei seltenen Erkrankungen, sofern verfügbar, an Leitlinien orientieren soll, wie von der KBV vorgeschlagen, hält die BPtK im Sinne der Förderung einer qualitätsorientierten Versorgung für sinnvoll. Sofern in Leitlinien zu einzelnen seltenen Erkrankungen auch Empfehlungen zur psychosozialen Betreuung gegeben werden, sollten diese in den Zentren umgesetzt werden.	DKG/PatV: Kenntnisnahme KBV: Zustimmung	PatV: Nein

Absatz 2 Nummer 8 (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
26.	Deutsche Gesellschaft für Gastroentero-	Vorschlag PatV/KBV/LV: Die DGVS befürwortet den vorgeschlagenen Ansatz.	Das Einpflegen von Daten in Register sowie die entsprechende Koordination durch ent-	DKG/PatV: Kenntnisnahme	PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	logie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)		sprechend qualifiziertes Personal werden befürwortet. Der Aufbau von Biobanken für bestimmte Krankheitsgruppen ist sehr wünschenswert, da hierdurch die Forschung vorangetrieben werden kann. Gleichzeitig wird angemerkt, dass die Etablierung von Registern für distinkte Krankheitsentitäten außerordentlich aufwändig – sowohl hinsichtlich der Datenpflege, des Managements und der gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes – ist. Wiewohl auch einzelne Ansätze zur Etablierung von unabhängigen Registern durchaus erfolgreich sein können, ist hier kein Pflichtkriterium zu sehen, da das erfolgreiche Betreiben von Registern auch sehr hohe Mittel erfordert.		

Absatz 3 (GKV-SV/KBV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
27.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag:</u> Dieser Punkt wird um einen weiteren Punkt ergänzt: „3. Integration in ein universitäres Zentrum mit nachgewiesener Forschungs- und Lehrtätigkeit zu seltenen Erkrankungen“	Patienten mit Seltener Erkrankung, für die auch im Zentrum zunächst keine Diagnose gestellt werden kann und oft verdächtige Varianten in der Exomdiagnostik als Ergebnis der Diagnostik haben, brauchen für die weitere Aufarbeitung Ihres Krankheitsfalles den direkten Zugang zu wissenschaftlich tätigen Experten; insbesondere aus der Humangenetik aber auch aus den forschenden fachspezifischen B-Zentren. Auch für klinische Studien	GKV-SV/PatV: Der Vorschlag ist zielführend, denn er bindet die Forschungsvorhaben des Zentrums an eine Universität	GKV-SV/PatV: Ja, Dieser Punkt wird um einen weiteren Punkt ergänzt: „3. Integration in ein universitäres Zentrum mit nachgewiesener Forschungs- und Lehrtätigkeit“

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			und nicht zuletzt für die Ausbildung von Studierenden ist ein universitäres Zentrum notwendig.	DKG: Kenntnisnahme	keit zu seltenen Erkrankungen“
28.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Der Vorschlag ist grundsätzlich zu befürworten.	Die Mitarbeit an Leitlinienkonsensuspapieren sowie die internationale Vernetzung mit Experten an Referenzzentren ist selbstverständlich bzw. wünschenswert. Die Erstellung von genuinen wissenschaftlichen Publikationen ist ebenfalls Grundvoraussetzung. Von zwingenden zeitlichen oder quantitativen Vorgaben sollte allerdings abgesehen werden, da sich in dem sehr überschaubaren Bereich der seltenen Krankheiten durch Personalwechsel oftmals gravierende Verzögerungen ergeben können, die dann nicht zur Erfüllung der erwünschten Auflagen führen können. Das Gebiet zeichnet sich gerade dadurch aus, daß die besondere Expertise zunächst nicht ersetzbar ist.	GKV-SV/DKG/PatV: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein
29.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	neuen Punkt 3 hinzufügen: “3. Teilnahme an klinischen Studien“		DKG: Kenntnisnahme	PatV: Nein

Nummer 11 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
30.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: „Zugang zu einem Team für humangenetische Expertise mit einem leitenden Facharzt oder einer leitenden Fachärztin für Humangenetik entweder am Krankenhaus in einem ZSE-integrierten Institut für Humangenetik.“ Zu den Tragenden Gründen: „...Zentren für seltene Erkrankungen sollten Zugang zu einem Institut für Humangenetik bzw. einem Team für humangenetische Expertise haben, welches diese Voraussetzungen erfüllt....“ ~~„Eine entsprechend gestaltete vertragliche Kooperation mit einem geeigneten Institut für Humangenetik bzw. einem Team für humangenetische Expertise erfüllt diese Anforderung.“~~	Die spezifische Einbindung einer Humangenetik aus einem ZSE Zentrum ermöglicht eine klare Integration von Patientenpfaden, Daten und Prozessen in die Klinik. Die humangenetische Expertise auf Facharzt-Niveau muss in einem Onkologischen Zentrum unmittelbar verfügbar sein, um kurzfristig Konsile und interdisziplinäre Fallkonferenzen durchführen zu können, insbesondere bei V.a. auf eine pathogene Keimbahnvariante als Auslöser einer Krebserkrankung und als therapeutische Zielsequenz Zentren für seltene Erkrankungen sollten Zugang zu einem Institut für Humangenetik oder Klinische Genetik mit einem Facharzte oder einer Fachärztin für Humangenetik am Standort des Zentrums haben, welches diese Voraussetzungen erfüllt.	PatV: Kenntnisnahme Diese Stellungnahme betrifft Onkologie	PatV: Nein

Absatz 4 (GKV-SV) / Nummer 12 (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
31.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	<u>zu Vorschlag GKV-SV</u> Das Zentrum stellt seine Expertise regelmäßig anderen Krankenhäusern zur Verfügung, indem es Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser durchführt. Zum Nachweis der erforderlichen Durchführungsroutine werden jährlich mindestens 50 Fallkonferenzen erbracht; diese können auch telemedizinisch erbracht werden. Die Anzahl der Fallkonferenzen stellt eine Gesamtzahl für das A Zentrum dar. Die einzelnen integrierten Fachzentren sind einzubinden, wenn dies fachlich geboten ist. Es wird jedoch nicht gefordert, dass jedes integrierte Fachzentrum an jeder der 50 Fallkonferenz teilnehmen muss.	Zentren zeichnen sich dadurch aus, dass sie über den üblichen Standard hinaus medizinische Leistungen erbringen. Daher auch die Initiative des GBA zur Zentrendefinition. Diese an Qualitätsindikatoren, leitlinienorientierter Behandlung und Mindestfallzahlen messbare Leistung eines Zentrums ist gegenüber dem Standard deutlich kostenintensiver.	GKV-SV: Kenntnisnahme, kein Änderungsvorschlag PatV: Kenntnisnahme, kein Änderungsvorschlag DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein PatV: Nein
32.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	5.000 Patienten pro Jahr an einem Zentrum für seltene Erkrankungen dürfte unrealistisch sein.	Damit würde das deutsche Netz so grobmaschig, dass es für Patienten weite Anreisen erzeugt. Wenn man seltene Erkrankungen auf 5 pro 10.000 definiert, wäre ein solches Zentrum rechnerisch für mindestens 10 Millionen Einwohner möglich. So in ganz Deutschland maximal 8 Zentren?? All die geforderten Zentrums-spezifischen Leistungen und Vorhaltungen müssen strukturell und personell finanziert werden und können nicht aus dem Bestand geleistet werden. Finanzierung auf Nachweis mit Blick auf die geforderten Strukturen und Leistungen, soweit sie nicht eindeutig DRG-finanziert sind.	GKV-SV: Die Fachgesellschaft erkennt, dass es mehr als 8000 seltene Erkrankungen gibt und ein Zentrum ein möglichst breites Spektrum an seltenen Erkrankungen abdecken soll, um umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen vorzuweisen. In den Tragenden Gründen wird dargestellt, wie die geforderte Fallzahl nachvollzogen werden kann.	GKV-SV: Nein PatV: Ja, Siehe unten, lfd Nr. 33

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	
33.	Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)	Wichtig wäre, dass die Mindestzahl von 5000 Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung (S. 21) sich nicht auf Epilepsiezentren alleine sondern ggf. auf Klinika bezieht, die mehrere seltene Erkrankungen versorgen	Epilepsiezentren sind unter sonstige geführt. . Die meisten Epilepsiezentren versorgen weniger als 5.000 Patienten pro Jahr	GKV: Die Mindestfallzahl von 5.000 Patienten mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung bezieht sich auf das gesamte krankheitsübergreifende A-Zentrum mit allen seinen Fachzentren und nicht auf ein einzelnes Fachzentrum. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein
34.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag zu Vorschlag GKV-SV:</u> „1. Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Fälle mit der Haupt- oder Nebendiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD 10-GM, Alpha ID-SE und Orphanetkennnummer, sobald eine rechtlich verbindliche Fassung des Musterdatensatzes vom DIMDI verfügbar ist“	Mindestfallzahlen sind sinnvoll, um die entsprechende breite Expertise in einem Typ A-Zentrum und des zugehörigen Krankenhauses abzubilden. Allerdings enthält der Vorschlag des GKV-SV zwei kritische Punkte: 1) Aktuell können nur wenige Seltene Erkrankungen mit dem ICD-10 eindeutig kodiert werden. Der Datensatz zur Kodierung über Alpha-ID-SE ist vom DIMDI liegt noch nicht in einer rechtsverbindlichen Fassung vor. Auch werden Alpha-ID-SE und Orphanetkennnummern nicht im Rahmen des §301-Datensatzes übertragen. Eine Erfassung und Zählung der Patienten mit Seltenen Erkrankungen ist daher aktuell nicht möglich. Daher muss es für die Erfüllung der Mindestfallzahlen eine Übergangsregelung geben.	GKV-SV: Die Fachgesellschaft erkennt, dass es mehr als 8000 seltene Erkrankungen gibt und ein Zentrum ein möglichst breites Spektrum an seltenen Erkrankungen abdecken soll, um umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen vorzuweisen. In den Tragenden Gründen wird dargestellt, wie die geforderte Fallzahl nachvollzogen werden kann. PatV: Die Stellungnahme der DGKJ bezieht sich auf den Alltag in verschiedenen Zentren. Der Einwand, dass SE nicht als Hauptdiagnose kodiert werden können, verstärkt die Zweifel	GKV-SV: Nein PatV: Ja: Am Standort des Zentrums werden jährlich mindestens 5.000 Fälle mit der

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
			2) Die Forderung nach der Kodierung von „Hauptdiagnosen“ ist bei Seltenen Erkrankungen nicht umsetzbar. Die deutschen Kodierrichtlinien verhindern in aller Regel (Ausnahme: Mukoviszidose), dass Seltene Erkrankungen als Hauptdiagnose verschlüsselt werden können. Ein Beispiel: bei Schwangerschaft mit Phenylketonurie und Stoffwechselentgleisung ist die Schwangerschaft Hauptdiagnose, nicht die Phenylketonurie. Die Nennung von „Fällen“ statt „Patientinnen und Patienten“ im Änderungsvorschlag hat den Hintergrund, dass die koordinierende Arbeit und Expertise des Zentrums bei jedem stationären Aufenthalt einer Patientin bzw. eines Patienten gebraucht wird und ggf. nicht nur einmal jährlich. Auch werden in den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser (siehe „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“) Fallzahlen und nicht Patientenzahlen gefordert.	von PatV bezüglich der Aussage des GKV-SV über die bereits behandelten Patienten. Da (siehe auch Stellungnahme GfH) die meisten Patienten mit SE ambulant an den Zentren behandelt werden, sagt die Statistik der stationären Fälle nicht allzuviel über die Expertise aus. Nähme man die Fallzahlen sektorenübergreifend (vollstationär, teilstationär und ambulant) hätte man einen Überblick über die tatsächliche Expertise. Darüber hinaus wäre für die vollstationären Fallzahlen – bedingt durch die erwähnten Kodierrichtlinien – der Zusatz „Nebendiagnose“ essentiell. Ein Beispiel dafür ist das Marfan Syndrom, hier ist eine Herzklappen OP notwendig, die Kodierrichtlinien sehen nicht die Diagnose Marfan Syndrom – die die Ursache für die Herzklappen-OP ist – als Hauptdiagnose vor, sondern die Herzklappen-OP. Hier ist der Patient aus den Fallzahlen herausgefallen DKG: Kenntnisnahme	Haupt- oder Nebendiagnose einer Seltenen Erkrankung voll-/teilstationär oder ambulant behandelt. Die Kodierung erfolgt mittels ICD-10 GM, Alpha-ID SE und Orphanet-Kennnummer, sobald eine rechtlich verbindliche Fassung des Musterdatensatzes vom DIMDI verfügbar ist und in die Krankenhaussoftware eingepflegt worden ist.
35.	Deutsche Gesellschaft für Gastroentero-	<u>zum Vorschlag GKV-SV:</u>	Die Mindestfallzahl ist als vollkommen unrealistisch zu bezeichnen: Selbst an den größten	GKV-SV: s.o.	GKV-SV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	logie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	<i>Die avisierte Mindestfallzahl von 5.000 behandelten Patientinnen und Patienten ist deutlich zu hoch angesetzt</i> <i>Die Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen wird grundsätzlich befürwortet.</i> <i>zum Vorschlag PatV: Die obligate Verwendung von OMIM-Nummern wird abgelehnt.</i>	Zentren, beispielsweise für seltene Stoffwechselkrankheiten, werden in der Regel nicht mehr als 600 bis 800 Patienten pro Jahr ambulant betreut. Die stationäre Konversionsquote bei diesen Patienten liegt bei 10 - 20%, sodass selbst bei einem Zentrum für seltene Krankheiten mit sehr vielen behandelten Patientinnen und Patienten nur wenige Hundert stationäre Behandlungen resultieren. Es wird daher angeregt, gegebenenfalls Mindestanforderungen für die Fallzahl von ambulant behandelten Patienten mit entsprechenden OMIM-Diagnosen bzw. nachprüfbaren Datensätzen zu formulieren. Das Abhalten von Fallkonferenzen ist wichtig und wird von der DGVS unterstützt. Die DGVS setzt sich in diesem Kontext für eine möglichst umfassende Definition ein; so könnten z.B. Besprechungen von Einzelfällen mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Kolleginnen und Kollegen unter Einsatz telemedizinischer Möglichkeiten Fallkonferenzen sein. Von Mindestauflagen sollte Abstand genommen werden. Zudem sollte auch die Einbeziehung von Patienten aus anderen Einrichtungen außerhalb von Krankenhäusern möglich sein, da hier der Hauptberatungsbedarf liegt. Die Orphanetkennnummer ist eine sechsstellige Ziffer, die anhand klinischer, biochemischer sowie genetischer Befunde eine eindeutige Zuordnung eines Krankheitsbildes zu einer klar definierten genetisch bedingten Erkrankung ermöglicht. Eine eindeutige Zuordnung einer genetisch bedingten Erkrankung	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			zu einem Krankheitsbild dürfte nur in den wenigsten Fällen vorliegen, da (1) in vielen Fällen überhaupt keine genetische Diagnostik erfolgt ist, (2) die Durchführung der genetischen Diagnostik an die Auflagen des Gendiagnostikgesetzes geknüpft ist und (3) die Erforschung der seltenen Krankheitsbilder zum Teil noch nicht soweit abgeschlossen ist, dass in jedem Einzelfall eine entsprechende OMIM-Kennnummer vergeben werden kann. Als Beispiel wären die verschiedenen Formen der Methylmalonacidurie zu nennen.		
36.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	zu Nummer 12 PatV Ursprungstext: „... Das Zentrum erstellt anschließend jedes Jahr einen Bericht, in der die verschiedenen behandelten Diagnosen sowie die Patientenzahlen dargestellt werden.“ Änderungsvorschlag: „Das Zentrum erstellt anschließend jedes Jahr einen Bericht, in dem die verschiedenen behandelten Diagnosen sowie die Patientenzahlen dargestellt werden. Als ein Beispiel zur Qualitätskontrolle werden auch die Zahlen und Indikationsgruppen von Patienten übermittelt, deren bisher unklare Diagnose gestellt werden konnte. “	Wichtig ist, dass Patienten mit einer bis dahin unklaren Diagnose auch eine klare Diagnose gestellt bekommen (Zeit bis zum Erstellen der Diagnose, gelöste Fälle).	DKG/PatV: Kenntnisnahme	PatV: Nein
37.		Zu Absatz 4 Nummer 1 Ursprungstext: „...mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung stationär behandelt werden...“ Änderungsvorschlag:	Es wird immer stärker zur ambulanten Behandlung übergegangen. Die Mindestfallzahlen im stationären Bereich sagt nichts über die Qualität der Versorgung aus. Daher sollten stationäre und ambulante Zahlen abgefragt werden.	DKG: Kenntnisnahme	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		„...mit der Hauptdiagnose einer seltenen Erkrankung behandelt werden...“			
38.		Ursprungstext: „Durchführung von mindestens 50 interdisziplinären Fallkonferenzen, auch telemedizinisch möglich, für Patientinnen anderer Krankenhäuser“	Dies ist so formuliert, dass allein für die externen Krankenhäuser 50 interdisziplinäre Fallkonferenzen abgehalten werden sollen. Das ist weder organisatorisch noch finanziell durchführbar. Das wäre 1 interdisziplinäre (also mehrere Fachdisziplinen!) Fallkonferenz zusätzlich pro Woche.	PatV: Es handelt sich um 50 Fallkonferenzen, die auch virtuell geführt werden können für ALLE Erkrankungen des Typ A-Zentrums DKG: Kenntnisnahme	PatV: Nein

Absatz 5 (GKV-SV/PatV/KBV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
39.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Die DGVS hält sowohl das Qualitätsmanagement als auch die Qualitätssicherung für wünschenswert; allerdings sollte keine Festlegung auf ein bestimmtes QM-Modell erfolgen.	Die Fachgesellschaft merkt an, dass es sich bei dem PDCA-Zyklus (<u>P</u> lan- <u>D</u> o- <u>C</u> heck- <u>A</u> ct) um das Markenzeichen einer bestimmten Zertifizierungsrichtung (KTQ) handelt. Es gibt hierzu allerdings auch Alternativen; in diesem Zusammenhang wird auf die entsprechende Industrienorm DIN ISO 9001 verwiesen. Eine Festlegung auf den PDCA-Zyklus scheint nicht nötig.	GKV-SV: Die Qualitätsverbessernden Maßnahme im Rahmen des PDCA-Zyklus, die hier erstmal eine Vergütung erhalten, müssen jedoch gut definiert sein um sicherzustellen, dass nicht Daten erhoben werden deren Verwendung dann aufgrund der geringen Standardisierung ausgeschlossen ist. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein

§ 2 Besondere Aufgaben

Nummer 1 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
40.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag:</u> „ Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten des eigenen Krankenhaus und andere Krankenhäuser und zur Abklärung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes vor evtl. stationärer Aufnahme. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden. Die genannten Leistungen sind auch im Rahmen der Betreuung von in Deutschland Krankenversicherten zu erbringen, die über die Strukturen eines ERNs betreut werden“	Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten mit Seltenen Erkrankungen erfordern eine besondere Expertise. Diese Fallkonferenzen finden bisher auch im eigenen Krankenhaus sehr selten in strukturierter Form statt und wurden nicht in der Kalkulation der DRGs durch das InEK berücksichtigt. Natürlich profitieren die Patientinnen und Patienten des eigenen Krankenhauses auch von der Durchführung strukturierter Fallkonferenzen. Bei Annahme des Textvorschlages des GKV-SV bzw. der KBV würden externe Krankenhäuser bei stationärer Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen diese Leistung zusätzlich zum DRG-Erlös erhalten, während für Patienten des Krankenhauses, in dem das A Zentrum angesiedelt ist, die Kosten für die Fallkonferenz aus den DRG-Erlösen zu finanzieren wären. Das würde zu einer Zunahme stationär versorgter Patienten in Krankenhäusern ohne A Zentrum führen, was das Konzept der Zentrenbildung konterkarieren würde. Im Rahmen von Fallkonferenzen werden oft Beratungsleistungen für andere Leistungserbringer erbracht, bevor es ggf. zu einem stationären Aufenthalt kommt (z.B. Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bei pränatal diagnostizierter Fehlbildung incl. Frage nach	GKV-SV: Der Zentrumszuschlag dient der Finanzierung besonderer Aufgaben, die über das DRG-System nicht finanziert werden können. Er dient nicht dazu eine vermutete Unterfinanzierung im DRG-System auszugleichen. Der Gesetzgeber schließt die hier geforderte Doppelfinanzierung explizit aus: „Die Vertragspartner haben zudem bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben sicherzustellen, dass diese Aufgaben nicht bereits durch die Entgelte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 oder nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder des SGB V vergütet werden.“ Drucksache 18/5372 Ebenso ist eine Finanzierung der Leistungen an eigenen Patienten nicht zuschlagfähig. Eine Fallkonferenz ist Teil einer modernen Therapie seltener Erkrankungen und Teil der	GKV-SV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			der Planung von pränataler Intervention, Planung der Geburt bzgl. Zeitpunkt und Ort sowie Planung des postnatalen Vorgehens). Diese im Zusammenhang mit einem zukünftigen stationären Aufenthalt stehenden Leistungen bedürfen der besonderen Expertise des Zentrums.	DRG-Vergütung. Eine Doppelvergütung darf nicht vorgenommen werden PatV: Das externe Haus, das die Beratungsleistung in Anspruch nimmt profitiert nicht vom Zuschlag, lediglich von der Expertise. Das Typ A-Zentrum, welches die Expertise erhält wird für den Aufwand der Fallkonferenz zuschlagsberechtigt Der Einwand, dass durch eine Fallkonferenz ggfs. ein vollstationärer Aufenthalt vermieden werden kann, sollte den GKV-SV aus Gründen der Folgekosten dazu bewegen, dem zuzustimmen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die DKG sieht in der Erbringung einer Fallkonferenz für eigene stationäre Patienten und für Patienten anderer Krankenhäuser, bzw. Leistungserbringer, eine besondere Aufgabe für ein Zentrum für Seltene Erkrankungen. Dass in der Fallkonferenz eine Abklärung über einen stationären Aufenthalt für einige Patienten stattfindet, wird vorausgesetzt.	PatV: Ja Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser und zur Abklärung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes vor evtl. stationärer Aufnahme. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsili-

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
					arleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden. Die genannten Leistungen sind auch im Rahmen der Betreuung von in Deutschland Krankenversicherten zu erbringen, die über die Strukturen eines ERNs betreut werden
41.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Hier sollte der Beratungsbedarf im niedergelassenen Bereich berücksichtigt werden.	Hier weist die DGVS darauf hin, dass ein erheblicher Beratungsbedarf in den Einrichtungen des niedergelassenen ärztlichen Bereichs besteht, in dem sich die meisten Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen in Betreuung befinden.	GKV-SV: Die vertragsärztliche Versorgung ist nicht Gegenstand dieser Regelung. PatV: wir schließen uns an DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, Die DKG sieht in der Erbringung einer Fallkonferenz für eigene stationäre Patienten und für Patienten anderer Leistungserbringer, was den niedergelassenen Bereich einschließt, eine besondere Aufgabe für ein Zentrum für Seltene Erkrankungen.	GKV-SV: Nein PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
42.	Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V. (DGKL)	Zu: Anlage I §2, GKV-SV Nummer 1; Pat-V Nummer 2; KBV Nummer 4; DGK Nummer 5 (Beschlussentwurf) Interdisziplinäre Fallkonferenzen	Konkrete Benennung der Laboratoriumsmedizin als essentieller Partner und Leistungserbringer der zugrundeliegenden labormedizinischen (Spezial-) Diagnostik. Details siehe Anschreiben.	GKV: Der GKV-Vorschlag legt keine spezifischen Fachdisziplinen fest, die an der Fallkonferenz teilnehmen müssen. Die Entscheidung hierüber ist nach Erforderlichkeit im Einzelfall zu treffen. DKG: Im Beschlussentwurf der DKG sind für die interdisziplinären Fallkonferenzen keine fachspezifischen Teilnehmer explizit benannt. Die interdisziplinäre Zusammensetzung der Fallkonferenzen liegt in der Hand des Zentrums und erfolgt spezifisch entsprechend der jeweiligen Anforderungen.	GKV-SV/DKG: Nein

Nummer 2 (GKV-SV) / Nummer 1 (DKG/KBV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
43.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag:</u> „Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des eigenen Krankenhauses, anderer Kranken-	Wenn eine Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltung zu einer oder mehreren Seltenen Erkrankungen vom Zentrum organisiert wird, sollten auch Mitarbeiter des eigenen Hauses und die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen (dürfen). Dadurch wird die Kompetenz in der Betreuung	GKV-SV: Die Weiterbildung des Personals obliegt zunächst, wie in jedem anderen Berufszweig auch, dem Arbeitgeber selbst und ist Teil der DRG-Vergütung. Fortbildung der eigenen	GKV-SV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		häuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren integrierten Fachzentren (Typ-B Zentren) unter Berücksichtigung multidisziplinärer und multiprofessioneller Aspekte der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit seltenen Erkrankungen, möglichst in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen.“	der Patientengruppen gestärkt, die kooperative Betreuung gestärkt und Schnittstellenprobleme adressierbar. Die Zusammenarbeit mit den für die Fortbildung relevanten Selbsthilfeorganisationen erlaubt zusätzliche Einblicke in die Krankheitsbilder und mögliche Schnittstellenprobleme und verbessert damit den Lernerfolg.	Mitarbeiter ist eine normale und nicht eine besondere Aufgabe. Eine zusätzliche Finanzierung durch einen Zentrumszuschlag würde eine Doppelvergütung darstellen. PatV: Dem stimmen wir zu DKG: Der Vorschlag der DKG umfasst auch Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, womit auch niedergelassene Vertragsärztinnen und –ärzte gemeint sind. Nach Möglichkeit können Patientenorganisationen in Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen eingeschlossen werden.	PatV: Ja, Übernahme des Textes der DGKJ oder des Ursprungstextes PatV DKG: Ja Patientenorganisationen können nach Möglichkeit bei Fort- und Weiterbildungen einbezogen werden.
44.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	<u>zum Vorschlag PatV:</u> Hier wird die Version der Patientenvereinigung unterstützt.	Eine Festlegung auf Adressaten bzw. Inhalte bei Fortbildungsveranstaltungen ist nicht erforderlich. Eine Betonung der Kooperation mit Patientenorganisationen wird befürwortet.	PatV: Kenntnisnahme DKG: Kenntnisnahme (siehe Nummer 40, DGKJ)	PatV: Nein DKG: (siehe Nummer 40, DGKJ)
45.	Deutsche Gesellschaft für	Änderungsvorschlag: „...Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot)...“	Vorschlag: „nicht fremdfinanziert“ zu streichen, es werden oft externe oder sogar ausländische Redner	GKV-SV/PatV:	GKV-SV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Humangenetik (GfH)		eingeladen, für die eine Finanzierung notwendig ist. Diese Vergütung ist bei den Zentren nicht vorgesehen und kann schwer kalkuliert werden. Während die Veranstaltungen klar kostenlos sein sollten, um einen einfachen Zugang zu haben, sollte man bei der Finanzierung mehr Spielraum lassen.	Über Zentrumszuschläge vergütete Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen dürfen nicht zusätzlich über Sponsoring finanziert werden. Dem Zentrum ist es weiterhin möglich, zusätzlich auch fremdfinanzierte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen anzubieten. Eine Doppelvergütung für eine Veranstaltung ist auszuschließen. DKG: Kenntnisnahme, Die Fremdfinanzierung schließt die Erbringung als besondere Aufgabe aus.	

Nummer 3 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
46.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext: „...Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch...“	Bitte klarer definieren, was als „andere Leistungserbringer“ gemeint ist, Pflege? Physiotherapie? Oder andere medizinische Fachrichtungen?	PatV: Alle anderen Leistungserbringer sind hier gemeint DKG: Kenntnisnahme	PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
47.	Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V. (DGKL)	zu Anlage I §2, GKV-SV Nummer 3 (Beschlussentwurf) ...andere Leistungserbringer	Konkrete Benennung der Laboratoriumsmedizin als essentieller Partner und Leistungserbringer der zugrundeliegenden labormedizinischen (Spezial-) Diagnostik. Details siehe Anschreiben.	GKV-SV: Siehe Lfd. Nr. 42 DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein

Nummer 4 (GKV-SV/KBV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
48.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Hier wird auf die Anmerkungen zu §1, Qualitätsanforderungen, Absatz 5 "Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung (Seite 23) GKV-SVP/PatV/KBV" verwiesen.	Erfahrungsgemäß bindet die Dokumentation der QM-Standards im PDCA-Zyklus erhebliche Ressourcen. Hierbei weist die DGVS auf die angespannte Personalsituation und den Mangel an entsprechenden Fachkräften im Krankenhaus hin. Im Vordergrund steht zuvörderst die optimale Versorgung der den jeweiligen Ärzten und Ärztinnen anvertrauten Patienten. Die ärztlichen Ressourcen müssen vorrangig für die Patientenversorgung genutzt werden. Eine Dokumentation der verbindlichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im Zentrum für seltene Erkrankungen durch die jeweiligen Netzwerkpartner wird befürwortet. Eine Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum und seine Netzwerkpartner beteiligt sind, wird befürwortet.	GKV-SV: s.o. Lfd. Nr. 30 PatV: s.o. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
49.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Bitte folgenden Spiegelstrich-Text hinzufügen für den Bericht: „– Anzahl der durch humangenetische Analysen klar gelösten Diagnosen“	Die Anzahl der gelösten Fälle ist ein Qualitätsmerkmal. Da mehr als 80% aller Seltenen Erkrankungen eine genetische Ursache hat, ist dies ein guter Parameter für interdisziplinäre Falldiskussionen zur Definition der Krankheitsursache.	GKV-SV: Die vorgeschlagene Regelung ist sinnvoll. Sie wird in modifizierter Form übernommen PatV: ist zielführend DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Ja, Unter Nummer 4 wird folgender Spiegelstrich am Ende eingefügt: „– Anzahl der durch humangenetische Analysen gesicherten Diagnosen gegenüber bisher unklaren Diagnosen“ PatV: Ja Hinzufügen des Spiegelstrichs: - Anzahl der durch humangenetische Analysen klar gelöster Diagnosen
50.	Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V. (DGKL)	zu GKV-SV/KBV/PatV Nummer 4 (Beschlussentwurf Netzwerkpartner	Konkrete Benennung der Laboratoriumsmedizin als essentieller Partner und Leistungserbringer der zugrundeliegenden labormedizinischen (Spezial-) Diagnostik. Details siehe Anschreiben.	GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 42 DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein

Nummer 5 (GKV-SV) / Nummer 2 (DKG/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
51.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Vorschlag: Annahme des Textes des GKV-SV bzw. der DKG.	Beratungsleistungen und Fallkonferenzen werden bereits an anderer Stelle geregelt (siehe oben: GKV-SV 1., KBV 4., DKG 5.).	GKV-SV: Kenntnisnahme PatV: Die Festlegung auf Krankenhäuser mit denen es eine schriftliche Vereinbarung gibt bedeutet bei SE eine zu große Einschränkung. Gerade bei SE ist die Wissensvermittlung im Telemedizinischen Bereich ein Gewinn für die Patienten. DKG: Spezifische Beratungsleistungen sind nicht zwangsläufig durch Fallkonferenzen abgedeckt. Daher sind sowohl die besonderen Aufgaben Nummer 2 und 5 als notwendig einzustufen.	GKV-SV: Nein PatV: Sollte der Vorschlag des GKV-SV angenommen werden: Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind. DKG: nein
52.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und	<u>zum Vorschlag DKG:</u> Die DGVS unterstützt den Formulierungsvorschlag der DKG.	Von einer Festlegung auf Krankenhäuser wird abgeraten, da die Hauptberatungsleistung auch für interdisziplinäre Fallkonferenzen im ambulanten Bereich liegt.	GKV-SV: Die Meldung einer seltenen Erkrankung erfolgt üblicherweise durch ein Krankenhaus, das	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Stoffwechselkrankheiten (DGVS)			keinen Zentrumszuschlag erhält. Es handelt sich um eine übliche Datenerfassung, die durch DRG-Vergütung abgedeckt ist. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	

Nummer 6 (GKV-SV) / Nummer 2 (KBV) / Nummer 3 (DKG/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
53.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Vorschlag: Annahme des Textes der DKG / PatV	Nicht nur der Aufbau, sondern auch die Meldungen an Register sind mit sehr viel Arbeit verbunden, die nicht Teil der aktuellen Krankenhausfinanzierung sind. Da Krankenhäuser ohne Zentrum für Seltene Erkrankungen keine Registermeldungen übernehmen werden, ist auch nicht anzunehmen, dass hier in Zukunft eine Finanzierung auf anderem Wege verfügbar wird.	GKV-SV: Die Meldung einer seltene Erkrankung erfolgt üblicherweise durch ein Krankenhaus, das keinen Zentrumszuschlag erhält. Es handelt sich um eine übliche Datenerfassung, die durch DRG-Vergütung abgedeckt ist. PatV: Kenntnisnahme DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein
54.	Deutsche Gesellschaft für	dito	dito, ergänzend:	DKG: Meldequoten sind abzulehnen, da es hier keine belastbaren	DKG: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Kinderchirurgie (DGKCh)		Eine Meldequote an Studien bzw. Register ist festzulegen. Eine 100%-ige Meldung ist nicht umsetzbar und würde dem Recht der Patienten, in die Registermeldung einzuwilligen, widersprechen.	Erhebungen und somit keinen Referenzwert gibt. GKV-SV: Betrifft nicht den GKV-Vorschlag	
55.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Hier wird die Version der DKG befürwortet.	Ein übergreifendes Register für seltene Erkrankungen existiert derzeit nicht und ist nicht zielführend. Ziel sollte es stattdessen sein, krankheitsspezifische Register mit entsprechenden Daten zu füllen.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	Nein
56.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext 6./2. GKV-SV/KBV: „Registererstellung: hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers für seltene Erkrankungen“ Hinzufügen: Ziel sollte ein zentrales integriertes Register sein, welches sowohl genomische wie auch klinische und bildgebende Daten beinhaltet. Ursprungstext 3.a) DKG/PatV: „Registererstellung oder..., die den institutsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.“ Änderungsvorschlag: „Registererstellung oder..., die den institutsübergreifenden Datenaustausch unter Be-	Kommentar: Ziel sollte ein zentrales Register sein, sonst hat man Hunderte krankheitsspezifische Register mit vielen Überlappungen. Das Register sollte auch ein integriertes Register sein, welches sowohl genomische wie auch klinische und bildgebende beinhaltet. Die Medizininformatik-Initiative integriert quasi fast alle universitären Einrichtungen mit dem Ziel des Aufbaus gemeinsamer Datenbanken.	GKV-SV/PatV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft wird in die Tragenden Gründe übernommen.	GKV-SV/PatV: In den TrG 2.7.2.6 wird ergänzt: Das Register bündelt die Daten zu seltenen Erkrankungen an einem Ort und stellt regelmäßig Datenauswertungen aus dem Register für sein Netzwerk zur Verfügung. Zudem stellt es Daten zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
		rücksichtigung des Datenschutzes sicherstellen. Bei der Etablierung und Einhaltung anerkannter Standards sollen Patientenvertreter aktiv mit einbezogen werden.“			bereit. Ziel sollte ein zentrales, integriertes Register sein, welches sowohl geomische wie auch klinische und bildgebende Daten beinhaltet. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Zu beachten ist, dass zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges nationales oder internationales Register etabliert werden sollte. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				DKG: Um einen Aufbau von vielen gleichen Registern zu vermeiden, ist die besondere Aufgabe unterteilt. Unter 3 b) wird genau beschrieben, dass ein nationaler/internationaler Register – soweit dieser vorhanden ist – zu befüllen ist. Dass das Befüllen unter geltenden Bestimmungen hinsichtlich des Datenschutzes gewährleistet ist, ist vorauszusetzen.	an das Register ist nicht zuzuschlagsfähig. DKG: Nein

Nummer 7 (GKV-SV) / Nummer 4 (DKG/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
57.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Änderungsvorschlag: Annahme des Textes des GKV-SV.	Der Textvorschlag des GKV-SV beschreibt am konkretesten die Aufgaben sowie die damit verbundene, vorzuhaltende Personalstruktur.	GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme DKG: Die Krankenhäuser sollen die Möglichkeit erhalten, die Kompetenzen des Lotsen und seinen Handlungsrahmen eigenverantwortlich festzulegen.	GKV-SV/DKG/ PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
58.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Hier wird die Version der DKG befürwortet.	Eine nationale oder transnationale Koordination durch Lotsen des jeweiligen Zentrums ist für die überwiegende Zahl der Patienten mit seltenen Erkrankungen nicht erforderlich.	PatV: Gerade für Patienten mit SE ist die nationale oder transnationale Koordination durch Lotsen essentiell DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	PatV: Nein
59.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext GKV-SV: „7. Vorhaltung eines Koordinators....zu spezialisierten Versorgungsangeboten bundesweit übernimmt.“ Änderungsvorschlag: „7. Vorhaltung eines Koordinators....zu spezialisierten Versorgungsangeboten innerhalb des Zentrums und bundesweit übernimmt.“	Anmerkung: Die Spezifizierung der GKV-SV wird hier Vorrang gegeben, da sich in der Routine eines ZSE gezeigt hat, dass es sowohl des administrativen Lotsen, wie auch des ärztlichen Lotsen für unterschiedliche und klar abgegrenzte Aufgaben bedarf.	GKV-SV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft wird übernommen.	GKV-SV: Ja, Anlage I § 2 Nr. 7 wird wie folgt geändert: „7. Vorhaltung eines Koordinators, der die Koordination zwischen den Fachzentren (B) innerhalb des Referenzzentrums (A) sowie außerhalb zu anderen Referenzzentren (A) und anderen Fachzentren (B) oder anderen Mitgliedern des Europäischen Referenznetzwerkes übernimmt sowie eines ärztlichen Lotsen, der die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	spezialisierten Versorgungsangeboten innerhalb des Zentrums und bundesweit übernimmt.“ PatV: Im Textvorschlag des GKV-SV die unbestimmten Artikel streichen Dann stimmen wir dem GKV-SV zu

Nummer 9 (GKV-SV) / Nummer 6 (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
60.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechsel-	Der Vorschlag wird grundsätzlich befürwortet.	Die DGVS hält es für unabdingbar, dass ein Zentrum für seltene Krankheiten, sofern nicht nur Erkrankungen des Erwachsenenalters betreut werden, ein entsprechendes Transitionskonzept implementiert. Ziel ist es, dass alle	GKV-SV/DKG/PatV: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein DKG:

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	krankheiten (DGVS)		Patienten, die das 18. Lebensjahr erreicht haben, unmittelbar in die Erwachsenenmedizin überführt werden.		Als besondere Aufgabe einfügen: „Sofern Kinder und Jugendliche im Zentrum behandelt werden, Entwicklung eines Transitionskonzepts unter Berücksichtigung von Entwicklungsstand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.“

Nummer 4 (KBV) / Nummer 5 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
61.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechsel-	Die DKG-Version wird befürwortet.	Vgl. hierzu auch die Begründungen/Anmerkungen zu den oben genannten Punkten. Der Hauptberatungsbedarf liegt im ambulanten Bereich. Die hochspezialisierte Infrastruktur des jeweiligen Zentrums sollte hier voll nutzbar sein. Eine telemedizinische Unterstützung wäre sinnvoll.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	krankheiten (DGVS)				

Nummer 6 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
62.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Vorschlag: Keine Änderung, Vorschlag der DKG in <u>§2 Aufgaben</u> aufnehmen.	Gerade für Seltene Erkrankungen muss Spezialdiagnostik zum Teil in kürzester Zeit verfügbar sein (Beispiel V.a. schweren Immundefekt bei positivem Neugeborenen screening, Stoffwechselerkrankungen). Diese Vorhaltung übernehmen einzelne Krankenhäuser für viele weitere, auch andere universitäre Einrichtungen.	PatV: Kenntnisnahme DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	DKG/PatV: Nein
63.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS)	Dieser Punkt wird ausdrücklich unterstützt.	Dieser Punkt ist von hoher Bedeutung, da für das Management seltener Erkrankungen zum Teil technische Angebote vorgehalten werden müssen, die nur an einzelnen Standorten zur Verfügung stehen können. Dies gilt für bestimmte Meßverfahren (z. B. Elastographie, Magnetenzephalographie oder Ferriscan)	PatV: Kenntnisnahme DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	DKG/PatV: Nein
64.	Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V. (DGKL)	Anlage I §2, u.a. DKG Nummer 6 (Beschlussentwurf) sowie 2.7.2.12 DKG Nummer 6 (Tragende Gründe) Spezialdiagnostik / Speziallabore, außergewöhnliche Fachexpertise	Konkrete Benennung der Laboratoriumsmedizin als essentieller Partner und Leistungserbringer der zugrundeliegenden labormedizinischen (Spezial-) Diagnostik. Details siehe Anschreiben.	GKV-SV: Siehe Lfd Nr. 42 DKG: Im Beschlussentwurf der DKG werden keine Spezifizierungen genannt. Die laborchemische	GKV-SV/DKG: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Spezial-Diagnostik ist von der offenen Formulierung umfasst.	

Nummer 7 (DKG/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
65.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Vorschlag: Vorschlag der DKG in §2 Aufgaben aufnehmen.	Die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen ist bei Seltenen Erkrankungen für eine optimale Versorgung der Betroffenen essentiell. Die Zusammenarbeit sollte strukturiert sein.	PatV: Kenntnisnahme DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	DKG: Nein
66.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Die DKG-Version wird unterstützt.	Die Struktur der Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen kann vom jeweiligen Zentrum im Rahmen der vorliegenden personellen und infrastrukturellen Möglichkeiten festgelegt werden.	DKG/PatV: Zustimmende Kenntnisnahme	DKG/PatV: Nein
67.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ergänzung: „Die strukturierte Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen erstreckt sich auch auf die Zusammenarbeit bei der Etablierung und Fortführung von Registern“	Auf die Arbeit der Selbsthilfegruppen für die Etablierung und Fortführung von Registern sollte auch hier hingewiesen werden.	DKG/PatV: Der von der DKG formulierte Vorschlag umfasst auch die Zusammenarbeit bei der Etablierung und Fortführung eines Registers.	DKG/PatV: Nein

Nummer 8 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
68.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Die Positionen der DKG in den Punkten 8-12 werden unterstützt.	<u>Punkt 8:</u> Eine gesamtheitliche Darstellung und Veröffentlichung der Zentrumsstruktur im Internet ist obligat. <u>Punkt 9:</u> Andere Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich sollen durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten und Abgabe von Behandlungsempfehlungen unterstützt werden („Board-Funktion“). <u>Punkt 10:</u> Über andere Institutionen ist zu informieren. <u>Punkt 11:</u> Mitarbeiter mit besonderen Qualifikationserfordernissen im Schnittstellenbereich in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen sind im Einzelfall vorzuhalten; hierzu zählen Krankengymnasten, Logopäden, Sozialarbeiter sowie ein differenziertes psychotherapeutisches Behandlungsangebot bzw. weiterführende Information über selbiges am Ort. <u>Punkt 12:</u> Die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte wird ausdrücklich unterstützt.	DKG/PatV: Kenntnisnahme	DKG/PatV: Nein

Nummer 10 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
69.	Deutsche Gesellschaft für	Änderungsvorschlag:	Die Anbindung externer Typ B-Zentren mit der Übernahme damit verbundener Aufgaben	PatV:	DKG/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	„Übernahme der koordinierenden Aufgaben für ein Netzwerk mit anderen Krankenhäusern, insbesondere mit einem oder mehreren krankheitsspezifischen oder krankheitsgruppenspezifischen Fachzentren anderer Krankenhäuser (externe Typ B-Zentren), die die unter §1 (2) genannten Kriterien für integrierte Typ B-Zentren erfüllen. Die Einbindung des Zentrums in die Struktur des A-Zentrums ist dokumentiert.“	sollte ebenso wie das Management eines Netzwerks aus Krankenhäusern unterstützt werden. Siehe auch Begründung zum Punkt des GKV-SV und der PatV (§1 (2) 3.)	Kenntnisnahme Kommentar s.o. DKG: Kenntnisnahme	
70.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	„Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern“	Unklar, was hier gemeint ist	PatV: Kenntnisnahme DKG: In den Tragenden Gründen sind hinreichend Beispiele beschrieben, welche Managementaufgaben in einem Zentrum für seltene Erkrankungen anfallen.	DKG/PatV: Nein

Nummer 11 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
71.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Vorschlag: Vorschlag den Text der PatV oder der Punkte 11. und 13. der DKG in § 2 Aufgaben aufzunehmen.	Die Vorhaltung von Personal mit besonderer Fachexpertise insbesondere auch zur Vermittlung zu Hilfsangeboten ist für Menschen mit Seltene Erkrankungen essentiell, da die üblichen Hilfsangebote im ambulanten und stati-	PatV: Kenntnisnahme DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	DKG/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			onären Sektor oft den Erfordernissen bei Seltenen Erkrankungen nicht gerecht werden und ein großes Detailwissen sowohl zu den Bedürfnissen des Betroffenen als auch zu den Hilfsangeboten erfordern.		

Nummer 8 (PatV) / Nummer 13 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
72.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Die Version der Patientenvereinigung wird abgelehnt.	Von der Verwendung des Begriffs der „ganzheitlichen Behandlung“ wird von Seiten der DGVS abgeraten, da nicht klar ist, was hierunter zu verstehen ist. Grundsätzlich wird befürwortet, dass die Vorgehaltung von Personal mit einer spezifischen Qualifikation zur Beratung und Vermittlung von ergänzenden Therapien und Hilfsangeboten zuschlagsfähig ist; hierbei handelt es sich beispielsweise um Logopäden, Physiotherapeuten oder Sozialdienstmitarbeiter, die gegebenenfalls in Wohnortnähe der Patientin/des Patienten tragfähige Angebote vermitteln können.	PatV: Gerade im Bereich SE muss über das Symptom hinaus der Patient betrachtet – und auch behandelt werden. Eine rein spezialärztliche Behandlung ist in der Regel nicht zielführend DKG: Kenntnisnahme	PatV: Nein

Nummer 14 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
73.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Interne sowie externe Qualitätssicherungsmaßnahmen werden durch die DGVS grundsätzlich befürwortet.	Die Anwendung von entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen wird aus fachlicher Sicht befürwortet,	PatV: Kenntnisnahme DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	PatV: Nein

Nummer 9 (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
74.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext: „Die Eingabe von Daten...“ Ergänzung: Eine standortübergreifende Schulung von Dokumentaren soll hier zur Vereinheitlichung der Dateneingabe verbindlich gemacht werden.“	Die Arbeit im Netzwerk familiärer Brust- und Eierstockkrebs zeigt klar, dass eine regelmäßige zentrale Schulung von Dokumentaren zu einer deutlich verbesserten Qualität der Enddaten führt.	GKV-SV: Die Schulung der Mitarbeiter ist eine ureigene Aufgabe des Arbeitgebers und nicht eine Aufgabe einer Versicherung gegen Krankheit. DKG/PatV: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV: Nein

Nummer 10 (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
75.	Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	In Anlage I §2 besondere Aufgaben heißt es (Fassung Pat.-V): (10) Erstellung, Überarbeitung und Dissemination von Informationen zu Seltenen Erkrankungen (Symptome, Behandlung, Krankheitsbewältigung etc.) Versorgungspfaden sowie Leitlinien zu Seltenen Erkrankungen, Entwicklungen in der Versorgung möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen. Die Informationen und Leitlinien werden dem Nationalen Gesundheitsportal zur Verfügung gestellt. Die Leitlinien werden außerdem auf der Plattform der AWMF veröffentlicht.“ Nicht die Erstellung von Leitlinien (siehe oben), sondern die Erstellung von regionalen (d.h. sektorenübergreifenden, siehe oben) Versorgungspfaden und internen SOP auf Grundlage hochwertiger Leitlinien der Fachgesellschaften, die entsprechend dem Regelwerk der AWMF erstellt und über das Leitlinienregister der AWMF publiziert sind, sollte eine Grundlage der Qualitätsanforderungen für Zentren bilden. Die Formulierung sollte daher geändert werden in: „10. Erstellung, Überarbeitung und Dissemination von Informationen zu Seltenen Erkrankungen (Symptome, Behandlung, Krankheitsbewältigung etc.) auf der Grundlage hochwertiger Leitlinien, regionalen Versorgungspfaden sowie SOPs zu Seltenen Erkrankungen, Entwicklungen in der Versorgung möglichst in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Patientenorganisationen. Die Informationen		GKV-SV: Betrifft nicht den GKV-Vorschlag. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		werden dem Nationalen Gesundheitsportal zur Verfügung gestellt.“ In die Qualitätsanforderungen für die spezifischen Zentren sollte jeweils als Qualitätsanforderung die Implementierung von methodisch hochwertigen Leitlinien zwingend aufgenommen werden.			

Nummer 11 (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
76.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Die DGVS lehnt eine Pflicht zur psychosozialen Beratung für Patientinnen und Patienten ab.	Es ist wichtig, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen seltenen Krankheiten die Möglichkeit zu einer psychosozialen Beratung erhalten. Diese ist in hohem Maße an funktionsfähige lokale und personelle Strukturen gebunden. Bei weiterem Beratungsbedarf sollten den Patienten zusätzliche Behandlungen angeboten werden.	DKG/PatV: Kenntnisnahme	PatV: Nein
77.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Die BPtK stimmt dem Vorschlag der Patientenvertretung (PatV) zu, dass die psychosoziale Betreuung zu den besonderen Aufgaben eines Zentrums gehören sollte. Die Ausführungen der PatV unter 11. konkretisieren diese Anforderungen und legen fest, dass jeder Patientin und jedem Patienten eine psychosoziale und sozialrechtliche Beratung angeboten werden soll.	Nach dem Forschungsbericht zu seltenen Erkrankungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Jahr 2009 (Eidt D., Frank M., Reimann A. et al, Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland) besteht insbesondere in Bezug auf die psychosoziale Betreuung von Menschen mit seltenen Erkrankungen erheblicher Verbesserungsbedarf. Die BPtK hält es deshalb für sinnvoll, bei	DKG/PatV: Kenntnisnahme	PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			der Festlegung der besonderen Aufgaben von Zentren für seltene Erkrankungen, die Anforderungen an die psychosoziale Betreuung gesondert zu benennen.		

Nummer 12 (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
78.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Der Vorschlag zur Durchführung interdisziplinärer Sprechstunden wird für wenig realistisch gehalten.	Wichtig ist, dass die Behandlungsleitung und -führung einer/einem versierten Ärztin oder Arzt obliegt. Konsiliarische Leistungen anderer Fachabteilung müssen angeboten sowie strukturiert und ergebnisoffen dargelegt und eingeleitet werden. Ganz im Zentrum einer erfolgreichen Diagnostik und Therapieführung steht das vertrauensvolle Verhältnis zwischen der einzelnen Patientin/dem einzelnen Patienten und ihrer/seiner Ärztin/Arzt. Die <u>Einrichtung von Spezialsprechstunden</u> wird hingegen von der DGVS ausdrücklich angeregt; hier sollen Patienten mit dezidierten Krankheitsentitäten beraten werden, z. B. Stoffwechselpatienten, die einer fachspezifischen Behandlung bei orthopädischen Problemen bedürfen.	PatV: Im Bereich SE, die in der Regel interdisziplinär behandelt werden müssen, sind interdisziplinäre Sprechstunden essentiell. Bei Patienten*innen mit unklaren Diagnosen ist die interdisziplinäre Sprechstunde in der Regel der erste Schritt um zu einer Diagnose zu gelangen DKG: Kenntnisnahme	PatV: Nein
79.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: „Die Durchführung von interdisziplinären Sprechstunden insbesondere mit einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Humangenetik sowohl zur Diagnosefindung	Mehr als 80% der Seltenen Erkrankungen haben eine genetische Ursache. In der Routine in den ZSEs zeigt sich, dass insbesondere Fragen zur Gendiagnostik durch die Patienten bzw. Eltern von Patienten gestellt werden. Die	DKG/PatV: Kenntnisnahme	PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		bzw. -bestätigung als auch zur Bestimmung der richtigen Therapie.“	Kombination mit der entsprechenden Fachrichtung und der Humangenetik in interdisziplinären Sprechstunden hat sich daher äußerst bewährt.		

Anlage 2 – Anforderungen an Onkologische Zentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)	Ja zu Regelungen für Onkologische Zentren entsprechend Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) begrüßt grundsätzlich die Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren. Bzgl. der Abbildung von palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in Onkologischen Zentren unterstützen wir die Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft, da die in den Zertifizierungskriterien für „Onkologische Zentren“ definierten Kriterien nach DKG den fachgesellschaftlich getragenen Standard der Versorgung in diesem Fachbereich darstellen. Der Berücksichtigung palliativmedizinischer Versorgung für Onkologische Zentren sehen wir durch den obligaten Verweis auf die Notwendigkeit zur Einhaltung der Kriterien zur Zertifizierung nach DKG ausreichend abgebildet.		GKV-SV: Kenntnisnahme, Zustimmung, dass die in den Qualitätsanforderungen für onkologische Zentren abgebildeten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen dem Stand der Versorgung in diesem Fachbereich entsprechen. DKG: Kenntnisnahme PatV: DGP verweist auf Deutsche Krebsgesellschaft	GKV-SV/PatV/LV: Nein
2.	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und Deutsche Gesellschaft für	Ausdrücklich unterstützen DGP, VpK und DGT die vorgelegte Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft und schließen sich dieser inhaltlich an.	Die weitere Stärkung der onkologischen Zentren leistet aus unserer Sicht einen wichtigen Beitrag, die qualitätsgesicherte onkologische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland sicherzustellen und weiterzuentwickeln.	GKV-SV/DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: DGP und DGT verweisen auf Deutsche Krebsgesellschaft	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Thoraxchirurgie (DGT)				
3.	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.	Die Variante der DGK und LV definiert Zentren über die Zahl der Tumorentitäten mit spezialisiertem Versorgungsangebot bzw. über das Einzugsgebiet. Die Deutsche Röntgengesellschaft spricht sich dafür aus Qualitätsanforderungen an onkologische Zentren wie in der Variante des GKV-SV über die am Zentrum beteiligten Fachabteilungen zu definieren. Dabei sollte neben den Fachabteilungen Onkologie, Chirurgie, Radiologie und Pathologie auch die Radioonkologie berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollen für die Erbringung kideronkologischer Leistungen Fachärzte / Fachärztinnen für Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügbar sein.	Interdisziplinäre Tumorboards sind eine zentrale Säule der modernen onkologischen Behandlung, garantieren eine hohe Versorgungsqualität und werden daher zu Recht in allen Varianten unter §2 besondere Aufgaben gefordert. Die Verfügbarkeit der wichtigsten Kooperationspartner sollte daher bereits in den Qualitätsanforderungen an onkologische Zentren berücksichtigt werden.	GKV-SV: Der G-BA beabsichtigt, im Jahr 2020 eine gesonderte Anlage für kideronkologische Zentren zu beraten. Die Anregungen der Fachgesellschaft sollten dort berücksichtigt werden. Ein großer Teil radioonkologischer Leistungen wird ambulant erbracht und daher hier nicht berücksichtigt. DKG: Kenntnisnahme, Die Formulierung der DKG „Onkologisches Zentrum/Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für mindestens 3 Tumorentitäten (Organkrebs-zentren/Module)“ entspricht den im „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft beschriebenen Kriterien. PatV: Über die Strahlentherapie wurde diskutiert. Es geht aber nur um den stationären Bereich. Bezüglich der Kinder wird auf die Kinderonkologie-RL verwiesen.	GKV-SV/ DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				LV: Kenntnisnahme	

Absatz 1 a

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
4.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	<u>zum Vorschlag GKV-SV</u> Die 24/7-Verfügbarkeit eines Pathologen ist nicht sinnvoll und wird auch in Zukunft mit Rufbereitschaften nicht leistbar sein, da Nachwuchs fehlt. <u>zum Vorschlag DKG:</u> Die Zentrumsdefinition über 10% der Patienten mit einer Anreise von > 60 PKW-Minuten ist sinnlos. In Ballungsräumen werden sich Zentren nicht so definieren können.		GKV-SV/LV: Siehe Lfd. Nr. 6 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme bzgl. der nicht notwendigen 24/7-Verfügbarkeit eines Pathologen. Aus diesem Grund lehnt die DKG diesen Vorschlag des GKV-SV ab. Die Formulierung der DKG trägt der – insbesondere in Flächenländern – besonderen Situation von Organkrebszentren und der Versorgungsrealität Rechnung. Das Vorliegen eines überörtlichen Einzugsgebietes, unabhängig von der Anzahl der versorgten Tumorentitäten ist additiv zu den weiteren vorliegenden Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Es belegt die herausragende Stellung des entsprechenden Zentrums	DKG/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				für die Versorgung der jeweiligen Tumorentität und ermöglicht bei Erfüllung der Qualitätsanforderungen die Zuweisung von besonderen Aufgaben seitens der Landesbehörden. PatV: In Zentren sollte eine 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen umsetzbar sein.	
5.	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)	<u>zum Vorschlag GKV-SV</u> In Deutschland gibt es keinen Facharzt für Onkologie. Hier ist zu spezifizieren, dass es um Fachabteilungen mit onkologischer Schwerpunkttaetigkeit geht, d. h. in denen die Onkologie ein integrierter Teil der Facharztausbildung ist wie z. B. in der Hämatologie und Internistischen (Medizinischen) Onkologie.		GKV-SV/LV: In der maßgeblichen Anlage 2 der Vereinbarung zu §301 SGB V findet sich insgesamt neun Fachabteilungsschlüssel für onkologische Fachabteilungen DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Prüfen, ob Fachbezeichnung korrekt ist	GKV-SV/PatV: :
6.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/PatV Änderungsvorschlag</u> Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums. ~~und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.~~ Für die Pathologie muss am Standort sichergestellt sein, dass neben der Verfügbarkeit während der regulären Arbeitszeiten auch die Krebsdiagnose in Notfällen innerhalb von 24h sichergestellt ist.	Die durch Fachärzte für Pathologie durchgeführte pathomorphologische Diagnostik ist nur in definierten Ausnahmefällen auch an Feiertagen und Wochenenden notwendig, wie z.B. bei einer drohenden oberen Einflusstauung bei Verdacht auf ein mediastinales malignes Lymphom. Für diese Fälle muss sichergestellt sein, dass eine Krebsdiagnose innerhalb von 24 Stunden gewährleistet ist. Da die pathologische Diagnostik eine aufwendige technische Aufarbeitung der Gewebeprobe voraussetzt	GKV-SV/LV: Der Änderungsvorschlag der Deutschen Krebsgesellschaft wird in modifizierter Form übernommen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Vorschlag sinnvoll	GKV-SV/PatV/LV: Ja, Anlage II § 1 Abs. 1 Buchst. a wird wie folgt geändert: „a) Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			und u.U. auch weiterführende stufendiagnostische Untersuchungen erfordert, könnte die bisher formulierte Anforderung nicht durch telefonische Verfügbarkeit oder Schnellschnitt erfüllt werden. Aus diesem Grunde sollte für den Standort des Onkologischen Zentrums eine Krebsdiagnose innerhalb von 24 Stunden gewährleistet sein, die auch weiterführende Gewebeuntersuchungen am selben Material ermöglicht.		Onkologischen Zentrums und Verfügbarkeit histopathologischer Tumordiagnostik innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang (sofern die Beschaffenheit der Probe dies erlaubt).“
7.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV:</u> Löschung der 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen.	Es gibt keine fachlichen Gründe, eine 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen zu fordern; dem Fach fehlt der Notfallcharakter. Eine pathologische Diagnostik ist zudem an die Laborgestützte Aufarbeitung der Proben gebunden. Daher wird diese Vorgabe auch folgerichtig von der Deutschen Krebsgesellschaft nicht einmal für Comprehensive Cancer Centers gefordert.	GKV-SV/LV: Siehe Lfd. Nr. 6 DKG Zustimmende Kenntnisnahme PatV: s.o.	PatV: s.o.
8.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV:</u> Anstelle der im GKV-SV-Vorschlag spezifizierten Fachabteilungen für Onkologie, Chirurgie und Radiologie sollten Fachabteilungen für Innere Medizin, Chirurgie und Radiologie vorgesehen werden.	Die medikamentöse Tumorthherapie wird nicht exklusiv durch die Onkologie, sondern auch durch andere Fachabteilungen für Innere Medizin (Gastroenterologie, Pneumologie) erbracht.	GKV-SV/LV: Hier werden die Qualitätsanforderungen an die besondere Aufgabenwahrnehmung durch onkologische Zentren festgelegt. Nicht alle evtl. an der Behandlung einer onkologischen Erkrankung beteiligten Fachgebiete werden in die Mindestanforderungen aufgenommen.	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				DKG: Kenntnisnahme PatV: In einem onkologischen Zentrum sollte es eine Onkologie geben.	
9.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	<u>zum Vorschlag DKG:</u> Anstelle einer bestimmten Zahl von Tumorentitäten (hier 3) sollten die strukturellen Anforderungen in den Vordergrund gestellt werden.	Die Forderung eines Versorgungsangebotes von drei Tumorentitäten birgt die Gefahr, dass häufige Tumorerkrankungen (z.B. gastrointestinale Tumorerkrankungen) unterrepräsentiert sind.	DKG: Die Formulierung der DKG „Onkologisches Zentrum/Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für mindestens 3 Tumorentitäten (Organkrebs-zentren/Module)“ entspricht den im „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft beschriebenen Kriterien. PatV: Dem Bedenken wird nicht gefolgt. LV: Kenntnisnahme	DKG/PatV/LV: Nein
10.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag LV Stellungnahme</u> Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Bezugnahme der Landesvertretungen auf das „Nationale Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe.	Mit der Bezugnahme auf das Nationale Zertifizierungsprogramm Krebs, also ein Ergebnis des Nationalen Krebsplan, wird beispielhaft verdeutlicht, dass die gesundheitspolitischen Initiativen im Bereich Krebs aufeinander aufbauen und sinnhaft aufeinander abgestimmt sind.	DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Allgemeiner Hinweis	PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
11.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	zum Vorschlag DKG <u>Änderungsvorschlag</u> ~~Das Zentrum/Schwerpunkt verfügt über ein überörtliches Einzugsgebiet (der Anteil der onkologischen Patientinnen und Patienten, die über 60 PKW-Minuten bis zum Krankenhaus zurücklegen, liegt bei 10 Prozent gemessen an der Summe der onkologischen Patientinnen und Patienten im Kalenderjahr).~~ Oder Onkologisches Zentrum/Schwerpunkt mit spezialisiertem Versorgungsangebot für mindestens 3 Tumorentitäten (Organkrebszentren/Module) gemäß den im „Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs“ der Deutschen Krebsgesellschaft beschriebenen Kriterien. ~~Ausgenommen von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie~~	Die Bezugnahme auf PKW-Minuten als Merkmal eines überörtlichen Einzugsgebiets wird als nicht sinnvolles Kriterium für den Nachweis der Qualität erachtet. Die Fahrzeit ist nicht sicher zu erheben und ist, in Abhängigkeit von der behandelnden Tumorerkrankung, von sehr unterschiedlicher Aussagekraft, so dass sie nicht als Qualitätsanforderung für ein Onkologisches Zentrum genutzt werden sollte. Ein Ziel der besonderen Aufgaben von Zentren ist es, Expertise zu bündeln, Synergien zwischen onkologisch Tätigen zu nutzen und damit die Qualität der Versorgung zu steigern. Aus diesem Grund müssen in den Vorgaben an Onkologische Zentren alle Tumorentitäten erfasst werden. Die Onkologie in Einzelbereiche zu unterteilen verhindert die Zielerreichung, lässt aktuelle diagnostische und therapeutische Ansätze außer Acht und vergibt die einmalige Möglichkeit, mit den Regelungen für die Konkretisierung der besonderen Aufgaben einen Weg für eine Gesamtbetrachtung der Onkologie vorzugeben.	DKG: Die Formulierung der DKG trägt der – insbesondere in Flächenländern – besonderen Situation von Organkrebszentren und der Versorgungsrealität Rechnung. Das Vorliegen eines überörtlichen Einzugsgebietes, unabhängig von der Anzahl der versorgten Tumorentitäten, ist additiv zu den weiteren vorliegenden Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Es belegt die herausragende Stellung des entsprechenden Zentrums für die Versorgung der jeweiligen Tumorentität und ermöglicht bei Erfüllung der Qualitätsanforderungen die Zuweisung von besonderen Aufgaben seitens der Landesbehörden. Die Fahrzeiten werden auch bei anderen Beschlüssen (Sicherstellungszuschläge-Regelungen gem. §136c Abs.3 SGB V) zugrunde gelegt und können entsprechend festgestellt werden. PatV/LV: Allgemeine Ausführungen	DKG/PatV/LV: Nein
12.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag zum Vorschlag GKV-SV: „Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen	Fast alle modernen Therapieempfehlungen basieren auf umfassenden genetischen Analysen. „Nebenbefunde“ aus Daten der Keimbahnanalyse werden oftmals erhoben und be-	GKV-SV/LV: Der Begriff „enge Zusammenarbeit“ ist nicht klar definiert. An dieser Stelle wird festgelegt, welche Fachabteilungen und	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Zentrums und 24/7 Verfügbarkeit eines Pathologen, sowie enge Zusammenarbeit mit einer humangenetischen Einrichtung bei genetischen Befunden.	dürfen einer Interpretation sowie der Anbindung des Patienten und seiner Familie an ein humangenetisches Zentrum.	Fachrichtungen am Standort des Zentrums vorzuhalten sind. Die Fachgesellschaft erläutert an anderer Stelle (siehe Lfd. Nr. 18), dass die Keimbahnanalysen primär in der Kinderonkologie eine Rolle spielen. Der G-BA beabsichtigt, im Jahr 2020 eine gesonderte Anlage für kinderonkologische Zentren zu beraten. Die Anregungen der Fachgesellschaft sollten dort berücksichtigt werden DKG: Kenntnisnahme PatV: sinnvoll, aber kein unabdingbares Qualitätskriterium	

Absatz 1 b

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
13.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf-	<u>zum Vorschlag GKV-SV</u> Die notfallmäßige palliativmedizinische Versorgung ist eine schlechte Definition. Sinnvoller die Definition von 25 Fällen nach OPS-Definition oder der DKG-Vorschlag ein-		GKV-SV/LV: Da die maßgebliche Fachgesellschaft die Regelungen in vorliegender Form unterstützt, wird von einer Änderung abgesehen.	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	und Hal-schi-rurgie (DGHNO)	fach nur der Nachweis einer palliativmedizinischen Abteilung mit entsprechender Qualifikation, Vertreter-Regelungen und entsprechenden stationären Möglichkeiten. (Anlehnung an die Relegungen der Dt. Krebsgesellschaft)		DKG: Kenntnisnahme PatV: Verweis auf Deutsche Krebsgesellschaft	
14.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag GKV-SV Änderungsvorschlag:</u> b) 24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten oder Erbringung von mindestens 25 Fällen mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des onkologischen Zentrums (OPS-Kode 8-98e) c) <u>Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen (u.a. Sozialarbeiter, Psychoonkologe, Lotse) in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z. B. Beratung zu Hilfsangeboten und Koordination vorhandener Hilfsangebote)</u>	Ad b) Nicht nur aufgrund der sich verändernden diagnostischen und therapeutischen Optionen in der Onkologie hat die palliativmedizinische Versorgung der Patienten einen zunehmenden Stellenwert in der Versorgungskette onkologischer Patienten [1]. Aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft und der teilnehmenden Fachgesellschaften wird vor allem der erste Teil des Satzes unterstützt, da wir die Vorhaltung der Strukturen als notwendige Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung ansehen. [1] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. Ad c) Aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der beteiligten Fachgesellschaften ist es erforderlich, dass besonders qualifiziertes Personal in Schnittstellenbereichen die Aufgabe übernimmt, z.B. Beratungen zu Hilfsangeboten durchzuführen oder vorhandene Hilfsangebote zu koordinieren. Für PatientInnen mit außergewöhnlichen Belastungen ist es eine Notwendigkeit, diese Hilfe zu erhalten, die nur in Onkologischen Zentren strukturiert und qualifiziert erbracht werden kann.	GKV-SV/LV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft wird in modifizierter Form übernommen. DKG: Kenntnisnahme PatV: zu c) sinnvoll, aber kein unabhängiges Qualitätskriterium Die Zertifizierungs-Kriterien der Krebsgesellschaft werden nicht außer Kraft gesetzt.	GKV-SV/PatV/LV: Anlage II § 1 Abs. 1 Buchst. b wird wie folgt geändert: „b) 24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten oder Erbringung von mindestens 25 Fällen mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des onkologischen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Aus diesem Grund sollte der unter c) beschriebene Passus nicht, wie vorgesehen, unter §2 Absatz 7 Besondere Aufgaben (GKV-SV) aufgeführt sein, sondern in §1 (1) verschoben und damit eine notwendige Voraussetzung für ein Onkologisches Zentrum werden.		Zentrums (OPS-Kode 8-98e) c) strukturierter Einsatz von entsprechend qualifiziertem Personal in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung zur Koordination vorhandener Hilfsangebote für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen.

Absatz 1 c

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
15.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag:</u> „Sofern kinderonkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie	Besondere Aufgaben wie sie nachfolgend in §2 formuliert werden, fallen in den die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllenden Zentren unabhängig von der Fallzahl an. Bspw.	GKV-SV: Die Mindestfallzahlen für die Kinderonkologie entsprechen den geforderten Fallzahlen im Zertrechner der Deutschen	GKV-SV/DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		(KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erfüllen.“	werden Leistungen der Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen Referenzdiagnostik, wie in §2 Punkt 8./9. von GKV-SV und DKG gemeinsam formuliert, auch von Zentren erbracht, die weniger als 30 Zentrumsfälle pro Jahr erbringen. Es gibt für die Qualität der Kinderonkologie in Deutschland keine belastbaren Zahlen, die eine Korrelation von Qualität mit der Fallzahl für die G-BA-Richtlinie erfüllenden Zentren zeigen. Somit kann eine Mindestfallzahl hier nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden.	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. Es wird durch die Mindestfallzahlen keine Einschränkung der Regelversorgung vorgenommen. Zentren, welche die Qualitätsanforderungen dieser Regelungen erfüllen, sind für die Übernahme zusätzlicher, besonderer Aufgaben qualifiziert. DKG: Die Formulierung der Qualitätsanforderung erfolgte auf der Grundlage der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses in Verbindung mit den im aktuellen Zertrechner der Deutschen Krebsgesellschaft veröffentlichten Zahlen. Die DKG erkennt die Besonderheit der kinderonkologischen Versorgung an und setzt sich für die Befassung mit einer weiteren zentrumsbezogene Anlage und besonderen Aufgaben für kinderonkologische Zentren in zukünftigen Regelungen ein. PatV:	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				allgemeine Ausführungen zur Mindestmengenproblematik LV: allgemeine Ausführungen zur Mindestfallzahlproblematik	
16.	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV/LV Änderungsvorschlag:</u> Sofern kideronkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erfüllen.	Besondere Aufgaben wie sie nachfolgend in §2 formuliert werden, fallen in den die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllenden Zentren unabhängig von der Fallzahl an. Bspw. werden Leistungen der Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen Referenzdiagnostik, wie in §2 Punkt 8./9. von GKV-SV und DKG gemeinsam formuliert, auch von Zentren erbracht, die weniger als 30 Zentrumsfälle pro Jahr erbringen. Es gibt für die Qualität der Kinderonkologie in Deutschland keine belastbare Zahlen, die eine Korrelation von Qualität mit der Fallzahl für die G-BA-Richtlinie erfüllenden Zentren zeigen. Somit kann eine Mindestfallzahl hier nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden.	GKV-SV: s.o. DKG: Die Formulierung der Qualitätsanforderung erfolgte auf der Grundlage der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses in Verbindung mit den im aktuellen Zertrechner der Deutschen Krebsgesellschaft veröffentlichten Zahlen. Die DKG erkennt die Besonderheit der kideronkologischen Versorgung an und setzt sich für die Befassung mit einer weiteren zentrumsbezogene Anlage und besonderen Aufgaben für kideronkologische Zentren in zukünftigen Regelungen ein. PatV: s.o. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/DKG/LV: Nein PatV: s.o.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
17.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	zum Vorschlag DKG <u>Änderungsvorschlag:</u> c) Sofern kinderhämato-onkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen. ~~Ausgenommen von der Vorgabe der Versorgung von mindestens 3 Tumorentitäten sind Zentren/Schwerpunkte, die eine spezialisierte Versorgung für folgende Tumorentitäten anbieten: Lunge, Kinderonkologie.~~	Aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft und der beteiligten Fachgesellschaften ist ein Ziel der besonderen Aufgaben von Zentren, Expertise zu bündeln, Synergien zwischen onkologisch Tätigen zu nutzen und damit die Qualität der Versorgung zu steigern. Aus diesem Grund müssen in den Vorgaben an Onkologische Zentren alle Tumorentitäten erfasst werden. Die Onkologie in Einzelbereiche zu unterteilen verhindert die Zielerreichung, lässt aktuelle diagnostische und therapeutische Ansätze außer Acht und vergibt die einmalige Möglichkeit, mit der Konkretisierung der besonderen Aufgaben einen Weg für eine Gesamtbetrachtung der Onkologie vorzugeben.	DKG: Der Beschlussentwurf der DKG berücksichtigt die aufgrund gewachsener Strukturen vorhandenen ehemaligen sogenannten „Fachkrankenhäuser“ (Lungenkliniken, Kinderkliniken) in denen seit vielen Jahren eine hochqualifizierte Versorgung von Patienten mit Krebserkrankungen stattfindet. Die Vorgabe des Versorgungsangebotes für mindestens 3 Tumorentitäten kann von diesen Zentren aufgrund der vorhandenen Struktur in der Regel nicht erfüllt werden. Alle weiteren Qualitätsanforderungen sind auch von diesen Zentren zu erfüllen. Eine Unterteilung der Onkologie in Einzelbereiche ist nicht beabsichtigt und wird durch die seitens der DKG vorgeschlagenen Ausnahme nicht erfolgen. PatV: s.o. LV: Kenntnisnahme	DKG/LV: Nein PatV: s.o.
18.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext: „Sofern....erfüllen.“ Ergänzungsvorschlag: „Eine direkte Zusammenarbeit mit einer Fachärztin/eines Facharztes für Humangenetik ist	Bei ca. 20% aller kindlichen Tumore kann eine kausale Mutation in der Keimbahn nachgewiesen werden. Diese Tumore können vermehrt Zweitumore an anderen Organsystemen ver-	GKV-SV: Der G-BA beabsichtigt, im Jahr 2020 eine gesonderte Anlage für kinderonkologische Zentren zu beraten. Die Anregungen	GKV-SV/ DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		bei genetischen Analysen notwendig, um die Eltern und Kinder über die hohe Anzahl an Keimbahnveränderungen bei kindlichen Tumorerkrankungen aufzuklären.“	ursachen, bedürfen daher eine andere Prophylaxe, und werden oftmals über ein Elternteil vererbt.	der Fachgesellschaft sollten dort berücksichtigt werden. DKG/LV: Kenntnisnahme Die Formulierung der Qualitätsanforderung erfolgte auf der Grundlage der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die DKG erkennt die Besonderheit der kinderonkologischen Versorgung an und setzt sich für die Befassung mit einer weiteren zentrumsbezogenen Anlage und besonderen Aufgaben für diese Zentren in zukünftigen Regelungen ein. PatV: sinnvoll, aber kein unabdingbares Qualitätskriterium	

Absatz 2 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
19.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Die Aufnahme dieses von der DKG formulierten Punktes wird unterstützt.	Gemäß der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) § 4 (6) ist ein angemessener Psychosozialdienst Voraussetzung für eine spezifische pädiatrisch-hämatologisch-onkologische Versorgung.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV/LV:	DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Verweis auf Kinderonkologie-RL	
20.	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	<u>Änderungsvorschlag:</u> Die Aufnahme dieses von der DKG formulierten Punktes wird unterstützt.	Gemäß der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) § 4 (6) ist ein angemessener Psychosozialdienst Voraussetzung für eine spezifische pädiatrisch-hämat-onkologische Versorgung	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV/LV: Verweis auf Kinderonkologie-RL	DKG/PatV/LV: Nein
21.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	<u>Zum Vorschlag DKG:</u> (2) Besondere personelle und fachliche Anforderungen: Psychoonkologische Betreuung von Patientinnen und Patienten durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (Diplom/Master) oder Ärztinnen und Ärzte mit psychotherapeutischer Aus- bzw. Weiterbildung und jeweils einer psychoonkologischen Fortbildung.	Die BPtK begrüßt, dass zu den Aufgaben von Zentren auch die psychoonkologische Betreuung gehören soll, und dass die personellen und fachlichen Anforderungen an die psychoonkologische Versorgung der Patientinnen und Patienten in Zentren ausdrücklich festgelegt werden. Die BPtK hält es darüber hinaus für sachgerecht, dass diese durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen und Ärzte erbracht werden soll. Bei der Gruppe der Psychologinnen bzw. Psychologen schließt sich an das Diplom bzw. den Masterabschluss eine psychotherapeutische Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zur Psychologischen Psychotherapeutin an. Daher sollte hier die korrekte Berufsbezeichnung verwendet werden. Darüber hinaus ist auch der Heilberuf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in dieser Regelung zu berücksichtigen, nicht zuletzt, wenn es in den Zentren auch um die psychoonkologische Betreuung von minderjährigen Patientinnen und Patienten geht. Diese Qualitätsanforderungen entsprechen auch den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychoonkologie“.	DKG: Die Differenzierungen werden von den Formulierungen von der DKG umfasst. PatV: Eher ambulante Leistung. Die Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft werden nicht außer Kraft gesetzt. LV: Kenntnisnahme	DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
			Um den psychoonkologischen Betreuungsbedarf der Patientinnen und Patienten zu erfassen, ist gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie bei jeder Patientin und jedem Patienten das Ausmaß der psychosozialen Belastungen zu erfassen. Bei Vorliegen einer hohen psychosozialen Belastung ist nach den Empfehlungen im Weiteren diagnostisch abzuklären, ob eine psychische Komorbidität vorliegt oder nicht. Die Abklärung auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung erfordert psychotherapeutische Expertise. Um Patientinnen und Patienten eine zeitnahe psychoonkologische Versorgung zu ermöglichen und die psychoonkologische Versorgung zum integralen Bestandteil der onkologischen Behandlung zu machen, sollte diese im Zentrum selbst erfolgen können.		

Absatz 2 Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung (GKV-SV) / Absatz 3 Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
22.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV</u> Im Rahmen externer spezieller Qualitätssicherungsverfahren soll eine regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus stattfinden , sowie jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht erstellt werden , der die Ergebnisse	Eine unabhängige, externe Beurteilung ermöglicht eine einheitliche Analyse der Strukturen und Prozesse in Onkologischen Zentren. Dies zeigen sehr erfolgreich die Auditierungsverfahren der Fachgesellschaften unserer europäischen Nachbarn in den Niederlan-	GKV-SV/LV: Es ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, die Fachgesellschaften in Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubeziehen, allerdings kann der G-BA die	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt. Ergänzt werden sollten diese Maßnahmen durch Auditierungen der jeweiligen Fachgesellschaften in den jeweiligen Einrichtungen, bei denen Auffälligkeiten in Kennzahlen bzw. Registerdaten offenkundig werden.	den und in Dänemark, die nachweislich zu einer Verbesserung der chirurgischen Qualität geführt haben.	Fachgesellschaften nicht verpflichtet, die vorgeschlagenen Maßnahmen durchzuführen. Der Normadressat dieser Regelungen ist das Krankenhaus. Es muss gewährleistet sein, dass dieses die hier definierten Anforderungen ohne die Mitarbeit und Zustimmung von dritten Organisationen (Fachgesellschaft, externe Auditoren) erfüllen kann. Der Vorschlag wird daher nicht übernommen. Dies schließt jedoch nicht aus, dass das Krankenhaus externe Auditoren und Fachgesellschaften einbeziehen kann. DKG: Kenntnisnahme PatV: interessante Anregung	
23.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV</u> Änderungsvorschlag: Im Rahmen externer spezieller Qualitätssicherungsverfahren soll eine regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus stattfinden, sowie jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht erstellt werden, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.	Für die Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der teilnehmenden Fachgesellschaften ist die „regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie [ein] jährlicher, öffentlich zugänglicher Bericht, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, [und] geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt“ eine obligate Voraussetzung für den Erhalt des Zertifikats [1]. Es ist zu begrüßen, wenn mit der Vorgabe ein aussagekräftiges Be-	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme, s.o. DKG: Kenntnisnahme PatV: interessante Anregung	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			richtswesen entsteht, das sinnvoll für die Weiterentwicklung der Qualität in einem Zentrum genutzt werden kann. Die Erfahrungen aus den bestehenden Onkologischen Zentren zeigen, dass für eine nachhaltige Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen im Sinne eines PDCA-Zyklus ein externes Qualitätssicherungsverfahren notwendig ist. Eine unabhängige, externe Beurteilung ermöglicht eine einheitliche Analyse der Strukturen und Prozesse in Onkologischen Zentren. Damit können sehr spezifisch Maßnahmen für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung gefordert und gefördert werden. Mit dem Änderungsvorschlag wird ein einheitlicher Standard für die Qualitätssicherung realisiert. [1] Deutsche Krebsgesellschaft. Kennzahlenauswertung 2019. Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren. Version A1; Stand 14.06.2019. ISBN: 978-3-946714-88-0. https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html [Zugriff am 03.09.2019]		

Absatz 3 (GKV-SV) / Absatz 4 (DKG) Forschungstätigkeit

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
24.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchi-	<u>zum Vorschlag GKV-SV Änderungsvorschlag:</u>	Registerbasierte Versorgungsforschung gewinnt aus Sicht der DGAV für die klinische Behandlung immer mehr an Bedeutung. Daher	GKV-SV: Die Registerforschung wird im Bereich Onkologie bereits an	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
	Chirurgie (DGAV e.V.)	Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit und hat eine organisatorische Struktur zur Teilnahme an klinischen Studien und Registern.	muss ein zertifiziertes überregionales Zentrum durch den Einsatz von Study Nurses unterstützt werden.	anderer Stelle geregelt und finanziert (§ 65c SGB V). Allgemeine Forschungsprojekte sind zudem nicht Gegenstand des Leistungsbereichs der GKV. Es ist nicht ausreichend, das Vorhandensein von Forschungsstrukturen nachzuweisen, sondern es muss auch tatsächlich evidenzgenerierende Forschung stattfinden. Daher sind entsprechende Anforderungen an das Studiendesign zu stellen. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Gesonderte Erwähnung von Study Nurses ist nicht nötig	
25.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	<u>zum Vorschlag GKV-SV</u> Bezüglich Leitlinien-Tätigkeit ist die DKG-Definition sinnvoller.	Es entstehen sonst riesige rein formale LL-Gruppen wegen einer solchen Bestimmung, die nicht arbeitsfähig sind.	GKV-SV: Dem Einwand der Fachgesellschaft, dass die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, wird Rechnung getragen, indem alternativ die Forschungstätigkeit durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) nachgewiesen werden kann. Ein übermäßiger	GKV-SV/PatV/LV: Anlage II § 1 Abs. 3 Buchst. a wird wie folgt geändert: „(3) Forschungstätigkeit a) Mitarbeit an Leitlinien/ Konsensuspapieren oder mindestens jährliche wissenschaftliche Publikatio-

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Andrang in den Leitlinien-Arbeitsgruppen ist folglich nicht zu befürchten. Entsprechende Anpassungen werden auch in den Anlagen III-V vorgenommen. Zudem ergeben sich Folgeänderungen in § 2 Nr. 4 (jährlicher Qualitätsbericht) der jeweiligen Anlagen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV/LV: Dem Bedenken wird gefolgt.	nen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) im Bereich Onkologie und (...)“ :
26.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag DKG</u> Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit <u>und hat eine organisatorische Struktur zur Teilnahme an klinischen Studien und Registern.</u>	Die Teilnahme an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien setzt voraus, dass auch die organisatorischen Strukturen sicher im Onkologischen Zentrum implementiert sind.	DKG: Inhaltliche Zustimmung, Die Formulierung der DKG setzt das Vorhandensein der entsprechenden organisatorischen Strukturen voraus. PatV/LV: s.o	PatV/LV: Nein
27.	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)	Die Herausforderungen der wissensgenerierenden Versorgung gehen über die Teilnahme an Studien hinaus. Studien der Evidenzstufen Ib oder IIa sind darüber hinaus in ihrer großen Mehrheit von der pharmazeutischen Industrie gesponsert.	Durch die Vorgabe der Teilnahme an diesen Studien kann eine unerwünschte Abhängigkeit onkologischer Zentren entstehen. Entscheidend ist die Professionalität der Forschungstätigkeit, dokumentiert durch die erforderlichen Strukturen. Damit können auch die neuen Vorgaben des GSAV zur Dokumen-	GKV-SV: Es ist nicht ausreichend, das Vorhandensein von Forschungsstrukturen nachzuweisen, sondern es muss auch tatsächlich evidenzgenerierende Forschung stattfinden. Daher	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			tation bei neuen Arzneimitteln mit beschränkter Evidenz (nach Beschluss des G-BA) erfüllt werden.	sind entsprechende Anforderungen an das Studiendesign zu stellen DKG: Kenntnisnahme PatV/LV: Dem Bedenken wird nicht gefolgt.	
28.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	<u>zum Vorschlag GKV-SV</u> Übernahme der Formulierung der DKG: Das Zentrum wirkt an krankheits- oder krankheitsgruppen-orientierten Forschungsprojekten oder klinischen Studien mit.	Punkt a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren ist unscharf formuliert. Es ist nicht klar, ob hier für die Erfüllung des Punktes jährlich ein Konsensuspapier oder eine Leitlinie veröffentlicht werden muss; im Bereich der Kinderonkologie, in dem >90% der Patienten in Therapieoptimierungsstudien behandelt werden, ist die Teilnahme an diesen multizentrischen Studien und die Erfüllung der entsprechenden Protokollvorgaben wesentlich, Leitlinien und Konsensuspapiere sind hier von untergeordneter Bedeutung. Der Punkt bietet zu dem Fehlanreize, die dazu führen könnten, dass die Anzahl der Teilnehmer in Leitliniengremien stark ansteigt, was die Arbeit dieser Gremien behindern könnte.	GKV-SV: Siehe Lfd. Nrn.24 und 25 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV/LV: Verweis auf Kinderonkologie-RL Dem Bedenken zu Leitlinien wird gefolgt.	GKV-SV/PatV: Siehe Lfd. Nrn. 25 :

Absatz 4 (GKV-SV) / Absatz 5 (DKG) Kooperationen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
29.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften sowie auch die DGAV unterstützen die Eingabe des/der GKV-SV/KBV/PatV/LV	Die Betreuung onkologischer Patienten erfolgt durch eine enge Zusammenarbeit aller an der Versorgung Mitwirkender. Viele Behandlungsabschnitte werden durch ÄrztInnen des ambulanten Sektors erbracht. Um die Ziele einer umfassenden und modernen Versorgung mit hoher Qualität in allen Therapieschritten zu erreichen, ist es unumgänglich, die vertragsärztliche Ebene nicht nur zu berücksichtigen wie es in der Eingabe der Krankenhausgesellschaft vorgeschlagen wird, sondern sie vielmehr aktiv einzubinden.	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme DKG: Die Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfordert die zwingende Teilnahme von Vertragsärzten an den Tumorkonferenzen. Diese ist durch das Zentrum nicht zu beeinflussen und kann somit nicht Qualitätsanforderung sein. Die seitens der DKG formulierte „Berücksichtigung“ ist hier offener, durch das Zentrum zu verantworten und lässt sich z.B. durch Einladungen darstellen PatV: Es geht nur um den stationären Bereich KBV: Die KBV erachtet die aktive Einbindung der vertragsärztlichen Ebene bei Tumorkonferenzen in onkologischen Zentren ebenfalls als notwendig.	GKV-SV/ PatV/KBV/LV: Nein
30.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV/LV</u> Die DKG e.V. inklusive aller an der Stellungnahme beteiligten Fachgesellschaften unterstützen die Eingabe des/der GKV-SV/KBV/PatV/LV	Die Betreuung onkologischer Patienten erfolgt durch eine enge Zusammenarbeit aller an der Versorgung Mitwirkender. Viele Behandlungsabschnitte werden durch ÄrztInnen des ambulanten Sektors erbracht. Um die Ziele einer umfassenden und modernen Versorgung mit	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme DKG: Die Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfordert die	GKV-SV/KBV/LV: Nein PatV: s.o.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			hoher Qualität in allen Therapieschritten zu erreichen, ist es unumgänglich, die vertragsärztliche Ebene nicht nur zu berücksichtigen wie es in der Eingabe der Krankenhausgesellschaft vorgeschlagen wird, sondern sie vielmehr aktiv einzubinden.	zwingende Teilnahme von Vertragsärzten an den Tumorkonferenzen. Diese ist durch das Zentrum nicht zu beeinflussen und kann somit nicht Qualitätsanforderung sein. Die seitens der DKG formulierte „Berücksichtigung“ ist hier offener, durch das Zentrum zu verantworten und lässt sich z.B. durch Einladungen darstellen. KBV/PatV: s.o.	
31.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	<u>zum Vorschlag GKV-SV</u> Bezüglich der Einbindung von Vertragsärzten in Tumorkonferenzen muss die Möglichkeit nachweislich angeboten werden. Eine Bedingung kann nicht so definiert werden, da Vertragsärzte nicht dazu gezwungen werden können.		GKV-SV/LV: Zustimmung. Es handelt sich daher auch lediglich um eine um eine „Soll-Vorschrift“. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Es geht nur um den stationären Bereich KBV: Die Formulierung sieht vor, dass die Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen soll, aber nicht zwingend erfolgen muss. Ein Zwang ist damit weder für das Krankenhaus, noch für die Vertragsärzte verbunden.	GKV-SV/ PatV/KBV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
32.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Änderungsvorschlag: Regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen <u>mit Ausnahme der Kinderonkologie</u> unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.	Die Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten erfolgt sektorenübergreifend in kideronkologischen Zentren, welche die Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) erfüllen. Eine Betreuung pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten auf vertragsärztliche Ebene findet in Deutschland nicht statt.	GKV-SV: s.o. DKG/PatV/LV: Kenntnisnahme KBV: Da die Einbindung der vertragsärztlichen Ebene kein Kriterium darstellt, was immer erfüllt werden muss, kann von der Ausnahme einzelner Patientengruppen, Fallkonstellationen oder Indikationsgebiete abgesehen werden.	GKV-SV/ PatV/KBV/LV: Nein

Absatz 5 (GKV-SV) / Absatz 6 (DKG) Mindestfallzahlen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
33.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	Änderungsvorschlag: Nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst:	Die DGAV unterstützt den Vorschlag, 3 Organzentren als Mindestanforderung für ein Onkologisches Zentrum zu definieren.	GKV-SV/LV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft wird übernommen. DKG: Kenntnisnahme PatV: Zustimmung, Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/LV: Anlage II § 1 Abs. 5 wird wie folgt geändert: „5) Nachweisbare umfassende Erfahrung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses-entwurfes (Ja / Nein)
					zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen. [...]“ Tabelle 1 wird entsprechend angepasst.
34.	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO)	Für Mindestzahlen sollten die Kriterien der DKG und des Zertrechners in der gültigen Version gelten.	Sonst entstehen zwei Welten von Onkologischen Zentren. Die zumal von der DKG genannten besonderen Aufgaben müssen dann auch wirklich auf Nachweis hin finanziert werden und nicht zuvor von den DRG-Erlösen abgezogen werden.	GKV-SV/LV: Der GKV-Vorschlag legt ebenfalls die Systematik und die Mindestprimärfallzahlen des Zertrechners zugrunde. Allerdings wurden die aktuellsten verfügbaren epidemiologischen Daten des Robert Koch-Instituts für die Geltungsbereiche zugrunde gelegt, da die Daten des Zertrechners noch auf den Daten des Jahres 2008 basieren. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Zu 1) Sinnvoller Vorschlag	GKV-SV/PatV/LV: Nein
35.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und	Neben "Darmkrebs" sollten als Tumorentität "gastrointestinale Krebsarten" aufgeführt werden. Diese umfassen dann aus Tabelle 1 • Pankreas • Magen	Dieser Vorschlag gliedert die Tumorentitäten analog zum Fachgebiet Gynäkologie (Brustkrebs und gynäkologische Krebsarten) für die	GKV-SV: Hier werden nur die häufigsten Tumorentitäten, die den Status Organkrebszentrum gemäß	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	• Leber (HCC) • Speiseröhre und • sonstige gastrointestinale Tumoren	Fachgebiet Gastroenterologie und Viszeralchirurgie (Darmkrebs und gastrointestinale Krebsarten).	der Deutschen Krebsgesellschaft haben, aufgeführt. Die weiteren von der DGVS aufgeführten Tumorentitäten werden in Tabelle 1 aufgeführt und bei der Berechnung des Zentrumspezifischen Geltungsbereichs berücksichtigt. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Sinnvoller Vorschlag	
36.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zum Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV</u> <u>Änderungsvorschlag:</u> Nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst: • Darmkrebs, • Brustkrebs • Gynäkologische Krebserkrankungen • <u>Hämatologische Neoplasien</u> • Hautkrebs • Lungenkrebs • Prostatakrebs Die je Tumorentität mindestens zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen. Änderungsvorschlag für den Zertrechner:	Mit der Anwendung des „Zertrechners“ wird gewährleistet, dass sich nur die Kliniken als Onkologisches Zentrum qualifizieren, die nachweisbar ein breites Spektrum onkologischer Diagnosen mit überprüfter Expertise behandeln. Der Zertrechner ist seit vielen Jahren implementiert und hat seine praktische Anwendbarkeit bewiesen. Erst mit der Kombination mehrerer Parameter (Mindestzahl Tumorentitäten, Mindestprimär-/zentrumfälle und Erreichen des Geltungsbereichs) ist die gewünschte Transparenz zu erreichen. Ein ausschließlicher Fokus auf das Erreichen von Mindestfallzahlen, ohne die Berücksichtigung des Geltungsbereichs würde dem Ziel des Beschlussesentwurfs, nämlich Krankenhäuser mit einem breiten Spektrum in der Onkologie zu fördern, entgegenwirken.	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme, die Tumorentität Hämatologische Neoplasien wird wie vorgeschlagen ergänzt. Siehe hierzu Lfd. Nr. 33 Vorschlag zu Kinderonkologie wird übernommen. Tabelle 1 wird entsprechend angepasst DKG: Kenntnisnahme PatV: s.o.	GKV-SV/PatV/LV: Siehe Lfd. Nr. 33

Anlage 4 zu den Tragetexten Grund																									
Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)																				
		<table><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td>Hämatologische Neoplasien (Lymphom, Leukämie, Hämatologische Systemerkrankungen)</td><td>C81-C88, C90-C96</td><td>39.799</td><td>9,81</td><td>70</td></tr></table> <table><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td>Kinderonkologie</td><td>~~Kinder unter 18 Jahren ICD-10 C00-C97), ohne C44~~ Onkologisch-hämatologische Hauptdiagnosen gemäß Liste 1, KiOn-RL</td><td>2.111</td><td></td><td>30</td></tr></table>	A	B	C	D	E	Hämatologische Neoplasien (Lymphom, Leukämie, Hämatologische Systemerkrankungen)	C81-C88, C90-C96	39.799	9,81	70	A	B	C	D	E	Kinderonkologie	~~Kinder unter 18 Jahren ICD-10 C00-C97), ohne C44~~ Onkologisch-hämatologische Hauptdiagnosen gemäß Liste 1, KiOn-RL	2.111		30			
A	B	C	D	E																					
Hämatologische Neoplasien (Lymphom, Leukämie, Hämatologische Systemerkrankungen)	C81-C88, C90-C96	39.799	9,81	70																					
A	B	C	D	E																					
Kinderonkologie	~~Kinder unter 18 Jahren ICD-10 C00-C97), ohne C44~~ Onkologisch-hämatologische Hauptdiagnosen gemäß Liste 1, KiOn-RL	2.111		30																					
37.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	<u>Änderungsvorschlag:</u> Streichen des Punktes Kinderonkologie in der Tabelle (einschließlich ICD-10 Nummern, Neuerkrankungen und Zentrumsfälle)	Durch die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie sind Qualitätskriterien für die Behandlung pädiatrisch-onkologischer Patienten erstellt worden. Dies hat zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Zentren in der Kinderonkologie geführt. Es gibt keine belastbaren Zahlen für Deutschland, die zeigen, dass in den Zentren, welche die Anforderungen der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie erfüllen, eine Korrelation zwischen Qualität und Fallzahl besteht (s.a. Begründung zu §1 (1)c). Primär sollte daher wie in der Gesetzesvorlage gefordert, die Aufstellung von Qualitätsanforderungen durch den G-BA erfolgen. Die zudem in der Tabelle genannten ICD-10 Ziffern entsprechen nicht denen in der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie. Beispielsweise fehlen die ICD-10 Ziffern für niedrig-maligne	GKV-SV: Siehe Lfd. Nr. 15 DKG/LV: Die DKG erkennt die Besonderheit der kinderonkologischen Versorgung an und setzt sich für die Befassung mit einer weiteren zentrumsbezogene Anlage und besonderen Aufgaben für kinderonkologische Zentren in zukünftigen Regelungen ein. PatV: zu den Fallzahlen s.o. PatV: Die ICD-10-Ziffern sollten übereinstimmen	GKV-SV/PatV/LV: Nein																				

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Hirntumoren, die einer interdisziplinären Behandlung mit einer oft mehrmonatigen Chemotherapie bedürfen oder die myelodysplastischen Syndrome, die teilweise eine allogene Stammzelltransplantation erfahren.		
38.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>Tragende Gründe</u> <u>2.8.1.6 GKV-SV Absatz 5 / DKG Absatz 6:</u> <u>Mindestfallzahlen</u> <u>Zu Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV</u> <u>Änderungsvorschlag</u> Die Anforderungen in § 1 Abs. ~~4~~ und 1 - 5 können durch eine erfolgreiche Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. für ein Onkologisches Zentrum mit mindestens fünf zertifizierten Organkrebszentren/ Modulen, davon mindestens drei Organkrebszentren, nachgewiesen werden, sofern die Anforderungen des Zertifikats den Anforderungen unter § 1 Abs. 4 und 5 entsprechen.	Durch eine erfolgreiche Zertifizierung als Onkologisches Zentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. können die Anforderungen in § 1 Abs. 1 -5 nachgewiesen werden.	GKV-SV/LV: Dem Vorschlag kann nicht gefolgt werden, da die Anforderungen in § 1 Absätze 1-3 nicht explizit Gegenstand des Zertifizierungsverfahrens sind (u.a. Fachabteilungsdefinition im Sinne dieser Regelungen, Anforderungen der KiOn-RL). DKG: Kenntnisnahme PatV: Sinnvoller Vorschlag	GKV-SV/PatV/LV: Nein.
39.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext: „... Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst:“ Ergänzungsvorschlag: Diesen Spiegelstrich hinzufügen: - Tumore des Kindesalters,		GKV-SV/LV: Hier werden nur die häufigsten Tumorentitäten, die den Status Organkrebszentrum gemäß der Deutschen Krebsgesellschaft haben, aufgeführt. Die Mindestfallzahl für Tumore im Kindesalter werden in Tabelle 1 aufgeführt und kommen zur Anwendung, sofern das Zentrum besondere Aufgaben im Zusammenhang mit der Kinderonkologie wahrnehmen möchte. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				PatV: Nicht nötig, geringe Fallzahlen, Kinderonkologie-RL	

§ 2 Besondere Aufgaben

Nummer 1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
40.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	<u>Änderungsvorschlag:</u> „Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.“	Der Änderungsvorschlag übernimmt den Part der GKV, der spezifiziert, dass die Leistungen wie Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, interdisziplinären Fallkonferenzen oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, auch einzeln möglich sind und nicht zwingend in ihrer Gesamtheit erforderlich sind. Des Weiteren wird die Formulierung der DKG übernommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgegeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.	GKV-SV/LV: Der Zentrumszuschlag dient der Finanzierung besonderer Aufgaben, die über das DRG-System nicht finanziert werden können. Er dient nicht dazu, eine vermutete Unterfinanzierung im DRG-System auszugleichen. Der Gesetzgeber schließt die hier geforderte Doppelfinanzierung explizit aus: „Die Vertragspartner haben zudem bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben sicherzustellen, dass diese Aufgaben nicht bereits durch die Entgelte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 oder nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder des SGB V vergütet werden.“ Drucksache 18/5372 Ebenso ist eine Finanzierung der Leistungen an eigenen Patienten nicht zuschlagfähig. Eine Tumorkonferenz ist Teil einer modernen Tumorthherapie und Teil der DRG-Vergütung. Eine Doppelvergütung darf nicht vorgenommen werden. DKG:	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Kenntnisnahme PatV: Es geht nicht um die eigenen Patienten. Es geht vorliegend auch nicht um Regelungen der Kinderonkologie-RL.	
41.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Zu den Tragenden Gründen: Text DKG: „Voraussetzung für ein funktionsfähiges Tumorboard ist die Teilnahme erfahrener Ärzte aus den sogenannten Kernfächern (z.B. Strahlentherapie, Radiologie, Chirurgie, Hämatookologie, Nuklearmedizin, Pathologie), wobei die Zusammensetzung je nach Erkrankung und Thema variiert.“ Vorschlag: „Voraussetzung für ein funktionsfähiges Tumorboard ist die Teilnahme erfahrener Ärzte aus den sogenannten Kernfächern (z.B. Strahlentherapie, Radiologie, Chirurgie, Hämatookologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Humangenetik), wobei die Zusammensetzung je nach Erkrankung und Thema variiert.“		DKG: Kenntnisnahme Es handelt sich um eine beispielhafte Aufzählung, die nicht als abschließend zu betrachten ist. PatV: Zu den „Kernfächern“ zählt die Humangenetik nicht. LV: Kenntnisnahme	DKG/PatV/LV: Nein

Nummer 2

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
42.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	zu Vorschlag GKV-SV/LV 2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen.	Das Angebot von regelmäßigen, strukturierten, zentrumsbezogenen Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen, die nicht fremdfinanziert und für die eigenen MitarbeiterInnen und die MitarbeiterInnen anderer Krankenhäuser kostenlos sind, ist eine wichtige Voraussetzung für Onkologische Zentren. Das ist auch der Standpunkt der DGAV. Allerdings können Fort- Weiterbildungsangebote von Seiten der DGAV(etwa 90 Angebote pro Jahr) nicht grundsätzlich kostenlos angeboten werden, weil Operationskurse, Trainingsprogramme durch Hospitationen zum Teil sehr kostenintensiv sind und von der Fachgesellschaft nur durch Teilnahmegebühren partiell mitfinanziert werden können.	GKV-SV/LV: Über Zentrumszuschläge vergütete Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen dürfen nicht zusätzlich über Sponsoring finanziert werden. Dem Zentrum ist es weiterhin möglich, zusätzlich auch fremdfinanzierte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen anzubieten. Eine Doppelvergütung für eine Veranstaltung ist auszuschließen. DKG: Kenntnisnahme PatV: Zusätzliche nicht-kostenlose Fortbildungen sind nicht ausgeschlossen.	GKV-SV/LV: Nein
43.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Übernahme des Vorschlags der DKG	Da die Behandlung pädiatrisch-hämato-onkologischer Patienten sektorenübergreifend von kinderonkologischen Zentren erbracht wird, ist eine Einbindung von Vertragsärzten in regelmäßige strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen nicht zwingend erforderlich. Ebenso ist es wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Niedergelassene: Kenntnisnahme. Eine strikte Trennung der Teilnehmer wird nicht realistisch umsetzbar sein. LV: Kenntnisnahme	DKG/PatV/LV: Nein

44.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	zu Vorschlag GKV-SV/LV <u>Stellungnahme:</u> 2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung dienen.	Das Angebot von regelmäßigen, strukturierten, zentrumsbezogenen Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen, die nicht fremdfinanziert und für die eigenen MitarbeiterInnen und die MitarbeiterInnen anderer Krankenhäuser kostenlos sind, ist eine wichtige Voraussetzung für Onkologische Zentren. Damit wird gewährleistet, dass aktuelle Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten an alle Beteiligten zeitnah weitergegeben werden und eine potentielle Einflussnahme über Finanzierung verhindert wird.	GKV-SV/DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Eine strikte Trennung der Teilnehmer wird nicht realistisch umsetzbar sein.	GKV-SV/PatV/LV: Nein
45.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext: „(kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert)....“ Änderungsvorschlag: „(kostenloses Angebot) ,“	„Nicht fremdfinanziert“ bitte streichen, wie bei den Zentren für Seltene Erkrankungen ist es oftmals notwendig, auswärtige oder sogar ausländische Redner einzuladen, deren Kosten über andere Einnahmen gesichert werden müssen	GKV-SV:/LV Siehe Lfd. Nr. 42 DKG: Kenntnisnahme Die Fremdfinanzierung schließt die Erbringung als besondere Aufgabe aus. PatV: Zusätzliche nicht-kostenlose Fortbildungen sind nicht ausgeschlossen.	DKG/PatV/LV: Nein

Nummer 4

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
46.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und	Übernahme der Formulierung der DKG	Die Formulierung der DKG fordert ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren. Während der Text der DKG ohne weiteres auf die Kinderonkologie übertragbar ist, wären bspw. beim Punkt „Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte“ hier nicht	GKV-SV: Zunächst sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die hier beschriebenen onkologischen Zentren nicht nur der Versorgung von Kindern mit hämato-	GKV-SV/DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)		die Onkologen, sondern Kinderonkologen zu nennen, statt der Chirurgen, die Kinderchirurgen, zudem wäre ein Kinderradiologe zu spezifizieren. Ebenso wären bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen wie bspw. die Zertifizierung von Stammzelltransplantationseinheiten nach JACIE, nicht in der Definition von GKV-SV /KBV/PatV enthalten.	logischen Erkrankungen dienen, sondern vielmehr der besseren Beratung aller Krebspatienten von denen die onkologischen Erkrankungen bei Kindern nur einen sehr kleinen Anteil ausmachen. Es geht hierbei nicht um die allgemeine Qualitätssicherung der Regelversorgung von Patientinnen und Patienten, sondern um die Qualitätssicherung der besonderen Aufgabenwahrnehmung des Zentrums. Die Angaben zu qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen des PDCA-Zyklus, die im Übrigen auch als besondere Aufgabe vergütet werden, müssen jedoch gut definiert sein, um sicherzustellen, dass nicht Daten erhoben werden, deren Verwendung dann aufgrund der geringen Standardisierung ausgeschlossen ist. Die Qualitätsberichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				PatV: Die Anforderungen der Kinderonkologie-RL sind zu erfüllen. Es geht vorliegend nicht um Stammzelltransplantationseinheiten. LV: Kenntnisnahme	
47.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext: „...für Onkologie, Chirurgie, Pathologie und Radiologie...“ Änderungsvorschlag: „Onkologie, Chirurgie, Pathologie, Humangenetik und Radiologie“ Ursprungstext: „4. Umsetzung...“ Ergänzungsvorschlag: Diesen Spiegelstrich hinzufügen: Teilnahme an klinischen Studien“	Die humangenetische Expertise muss für onkologische Patientinnen und Patienten sichtbar sein.	GKV-SV: Da Fachärzte für Humangenetik nicht in den Qualitätsanforderungen für onkologische Zentren gefordert werden, kann die Darstellung dieser Expertise nicht verpflichtend sein. Eine freiwillige Nennung ist damit nicht ausgeschlossen. Dem Vorschlag der Fachgesellschaft wird gefolgt. DKG: Kenntnisnahme PatV/LV: Dem Vorschlag der Fachgesellschaft wird gefolgt.	DKG/: Nein GKV-SV/PatV/LV: In den Anlagen I-V wird unter § 2 Nr. 4 jeweils folgender Spiegelstrich ergänzt, in den Anlagen VI, VII und X wird unter § 2 Nr. 5 Buchst. h ergänzt, in den Anlagen VIII und IX wird unter § 2 Nr. 4 Buchst. h ergänzt: „Teilnahme an klinischen Studien“

Nummer 6

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
48.	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV e.V.)	<u>zu Vorschlag GKV-SV/KBV/PatV/LV</u> (...) Zu beachten ist, dass zu einer Krankheit oder Krankheitsgruppe nur ein einziges bundesweites Register etabliert werden sollte. Idealerweise wird die Verortung und Federführung dieses Registers im Konsens mit den betroffenen Fachgesellschaften bestimmt. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind einzuhalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. Nicht zuschlagsfähig sind die klinischen Krebsregister gemäß § 65c SGB V, da diese bereits auf Basis anderer gesetzlicher Regelungen finanziert werden.	Gerade onkologische Therapiekonzepte sowie Operationstechniken ändern sich - auch unter technischen Aspekten – immer häufiger und mit in kürzeren Zeitabständen. Daher wäre eine Berücksichtigung von DGAV- Registerdaten zur verbesserten Darstellung chirurgischer Zentrumsleistungen unverzichtbar.	GKV-SV: Kenntnisnahme Die konkrete Ausgestaltung des Registers soll hier nicht vorgegeben werden, um den Zentren ausreichende Flexibilität zu geben. DKG/PatV/LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/LV: Nein
49.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag zu Vorschlag GKV-SV: „Tumorregistererstellung: hierzu zählen die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung, die Weiterentwicklung zur Integration klinischer und genetischer Daten, wie von therapeutischer Ansprechbarkeit, als auch die Auswertung des Registers, sowie diese Aufgabe über die Aufgaben nach §65c SGB V hinausgeht.“	Die Beschreibung des Inhaltes des Registers sollte ausgeführt werden, da es unterschiedliche Ausrichtungen gibt. Integration unterschiedlicher Daten wird ein wichtiger Punkt für die Nützlichkeit von Registern sein.	GKV-SV: s.o. DKG: Kenntnisnahme PatV/LV: Die Regelung schließt die Weiterentwicklung nicht aus.	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Nummer 7 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
50.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Streichung des Passus	Die Erstellung von Registern erfolgt aufgrund medizinischer Charakteristika, der zu erfassenden Patientenpopulationen; durch den medizinischen Fortschritt kommt es hier zu Neudefinitionen von Patientengruppen, die in bestimmten Registern erfasst werden und von besonderen Behandlungsformen profitieren können. Eine Benennung dieser Register durch eine Landesbehörde ist nicht notwendig und führt zu vermehrtem Verwaltungsaufwand. Die Meldung von Patienten mit onkologischen Diagnosen ist ohnehin bereits durch das Krebsregistergesetz verpflichtend geregelt, unabhängig von der Diagnosestellung in einem onkologischen Zentrum.	DKG: Die Zuweisung der besonderen Aufgaben kann bei Erfüllung aller Qualitätsanforderungen durch die Landesbehörden krankenhausindividuell erfolgen. Dabei sind landesspezifische Erfordernisse beispielsweise zur Entwicklung oder Evaluation landesplanerischer Versorgungskonzepte zu berücksichtigen. LV: Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. PatV: Dem Bedenken wird nicht gefolgt.	DKG/PatV/LV: Nein

Nummer 7 (GKV-SV) / Nummer 8 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
51.	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische	Neben der Auflistung der Psychoonkologie fehlt die sozialmedizinische Kompetenz.	Die Notwendigkeit psychoonkologischer Betreuung ist inzwischen anerkannt.	GKV-SV/LV: Siehe Lfd. Nr. 52 DKG:	GKV-SV/LV: Siehe Lfd. Nr. 52 DKG/PatV:

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlus-entwurfes (Ja / Nein)
	sche Onkologie (DGHO)		Ein relativ neues, aktuelles Thema in der Onkologie ist „Krebs und Armut“. Strukturierte Hilfsangebote gehören zur nachhaltigen Betreuung von Krebspatienten in onkologischen Zentren. Hier ist die Vorhaltung entsprechender Organisationsstrukturen mit qualifiziertem Personal erforderlich.	Es handelt sich um eine beispielhafte, nicht abschließende Aufzählung. PatV: Der Einwand zur Begrifflichkeit ist berechtigt. Als besondere Aufgabe jedoch nicht sinnvoll.	Nein
52.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>zu Nummer 7 GKV-SV:</u> Streichung des Passus	Aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der beteiligten Fachgesellschaften ist es eine notwendige Qualitätsvoraussetzung für Onkologische Zentren, dass in Schnittstellenbereichen Aufgaben, wie z.B. die Beratungen zu Hilfsangeboten oder die Koordination vorhandener Hilfsangebote übernommen werden. Für PatientInnen mit außergewöhnlichen Belastungen stehen neben den Onkologischen Zentren keine Strukturen zur Verfügung, die diese Leistungen strukturiert und qualifiziert erbringen können. Aus diesem Grund sollte der unter §2 (7) beschriebene Passus zu §1 (1) verschoben werden, damit er eine notwendigerweise zu erfüllende Qualitätsvoraussetzung Onkologischer Zentren wird.	GKV-SV/PatV/LV: Der Vorschlag der FG wird übernommen. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/LV: Anlage II § 2 Nr. 7 wird gestrichen.
53.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Häma-	<u>zu Nummer 7 GKV-SV:</u> Übernahme des Passus der DKG	Der Passus der DKG beinhaltet hier zusätzlich psychoonkologische Leistungen. Insbesondere in der Kinderonkologie liegen bei großem Teil der Patienten und deren betroffenen Familien außergewöhnliche Belastungen vor, die einer intensiven psychosozialen Betreuung durch Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen bedarf (s.a. §4 (6), KiOn-RL).	GKV-SV/PatV/LV:: Siehe Lfd. Nr. 52 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/LV: Siehe Lfd. Nr. 52

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
	tologie (GPOH)				

Nummer 8 (GKV-SV) / Nummer 9 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
54.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	<u>Änderungsvorschlag:</u> „Leistungen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vorgesehenen Therapieoptimierungsstudien und der damit verbundenen einheitlichen Referenzdiagnostik, inklusive der damit verbundenen Aufwendungen der an den Therapieoptimierungsstudien teilnehmenden Kliniken.“	Die G-BA-Richtlinie Kinderonkologie fordert, wenn immer möglich, die Teilnahme pädiatrisch hämato-onkologischer Patienten an Therapieoptimierungsstudien (§6 (1) KiOn-RL). Während bei Kindern der Anteil an Patienten in Therapieoptimierungsstudien i.R. bei > 90% liegt, ist er bspw. bei Erwachsenen mit soliden Tumoren um die 20%. Da es für einen großen Teil kideronkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind. Dabei sind insbesondere folgende durch Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien bedingte Mehrkosten zu nennen: 1. Regelmäßige Dokumentation und Berichterstattung der Diagnostik und Therapie an die Studienleitung (§6 (1) KiOn-RL)	GKV-SV: Der Zentrumszuschlag dient der Finanzierung besonderer Aufgaben, die über das DRG-System nicht finanziert werden können. Er dient nicht dazu, einer vermuteten Unterfinanzierung im DRG-System zu begegnen. Der Gesetzgeber schließt eine Doppelfinanzierung explizit aus: „Die Vertragspartner haben zudem bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben sicherzustellen, dass diese Aufgaben nicht bereits durch die Entgelte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 oder nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder des SGB V vergütet werden.“ Drucksache 18/5372. Im Übrigen ist die Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien keine verpflichtende Anforderung der KiOn-RL. Zu Nr. 3 ist	GKV-SV/ DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			2. Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend den Vorgaben in den Studienprotokollen (§5 (5) KiOn-RL) 3. Regelmäßige Teilnahme an Treffen der Studiengruppen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien (§5 (6) KiOn-RL)	explizit eine Finanzierungsgrundlage in der KiOn-RL genannt (§ 17b KHG). DKG/LV: Kenntnisnahme Diese Regelung kann nur die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten beschreiben. PatV: Kenntnisnahme. In der vorliegenden Regelung geht es gerade um Zentrumszuschläge für solche Leistungen.	

Nummer 10 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
55.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Häma-	Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie zur Qualitätssicherung muss das kideronkologische Pflegeteam mindestens 2 Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Onkologie aufweisen (§4 (4) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kideronkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Qualifizierungsmaßnahmen für besonders geschulte onkologische Fachkräfte für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV/LV: Kenntnisnahme.	DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	tologie (GPOH)		sind, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.		

Nummer 13 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
56.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Unveränderte Übernahme des Passus	Als Beispiel ist hier die Vorhaltung von Reintrumlaboren zur Verarbeitung von Stammzelltransplantaten bei autologen und allogenen Stammzelltransplantationen zu nennen.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV/LV: Kenntnisnahme	DKG/PatV/LV: Nein
57.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Änderungsvorschlag: „13. Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten einschließlich der hochspezialisierten NGS-Diagnostikexpertise und deren bioinformatischer Auswertung wie genomanalytischer Interpretation insbesondere bei der somatischen Tumordiagnostik in Zusammenarbeit mit Pathologie und Humangenetik. “	Gerade bei der Tumorthherapie ist die gegenwärtige Entwicklung in der personalisierten Therapie basierend auf einer hochspezialisierten molekulargenetischen Diagnostik an den Zentren etabliert. Die Zentren werden hier immer mehr Spezialisierung und externe Zuweisung zur Diagnostik erhalten. Mit den fallenden Sequenzierkosten wird ein starker diesbezüglicher Zuwachs erwartet, dem die Zentren Rechnung tragen müssen.	DKG: Die Formulierung der DKG umfasst die seitens der GfH formulierte differenzierte Ausführung. PatV: Kenntnisnahme	DKG/PatV: Nein

Nummer 14 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
58.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Unveränderte Übernahme des Passus	Gemäß der G-BA-Richtlinie Kinderonkologie muss das pädiatrisch-onkologische Zentrum über einen eigenen Rufdienst verfügen (§4 (3) KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Vorhaltung eines kinderonkologischen Rufdienstes für die einzelnen Kliniken mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV/LV: Kenntnisnahme	DKG/PatV/LV: Nein

Anlage 3 – Anforderungen an Traumazentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

Absatz 1 Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen (GKV-SV/KBV/PatV) / Strukturelle, besondere personelle und fachliche Anforderungen (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)	Spezialisierung einer Behandlungseinheit für Handtrauma- und Replantationen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt: (b) nachweisbare Erfahrung in der Durchführung der folgenden mikrochirurgischen Techniken: Revaskularisation, Replantation Lappenchirurgie und Nervennaht und (d) Teilnahme am Handtraumaregister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (e) Zertifizierung als Hand Trauma Center der FESSH	Sämtliche unter (b) genannten OP-Techniken gehören zur Mikrochirurgie. Begründung ist analog zum Traumaregister der DGU zu führen Diese Zertifizierung definiert die Minimalkriterien einer Behandlungseinheit, die vorhanden sein müssen um einen 24-stündigen Handtrauma- und Replantationsdienst vorhalten zu können. Diese Kriterien wurden von der FESSH definiert und von der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie modifiziert..	GKV-SV: Zu § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. b Dem Vorschlag der Fachgesellschaft wird gefolgt. Zu § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. d (neu) Dem Vorschlag der Fachgesellschaft wird gefolgt. Zu § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. e (neu) Ein direkter, dynamischer Verweis auf Zertifikate ist nicht möglich, da der G-BA seine Regelungskompetenz nicht an Dritte übertragen kann. Die im GKV Vorschlag vorliegenden Kriterien orientieren sich jedoch eng an den Zertifizierungskriterien für Hand Trauma Center gemäß Hand Trauma Kommission (HTC) der Federation of the European Societies for Surgery of the Hand (FESSH).	GKV-SV: Zu § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. b Ja, Anlage III § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. b wird wie folgt geändert: „b. nachweisbare Erfahrung in der Durchführung der folgenden mikrochirurgischen Techniken: Revaskularisation, Replantation, Lappenchirurgie und Nervennaht und“ Zu § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. e (neu)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	Ja, in Anlage III § 1 Abs. 4 Nr. 2 wird am Ende von Buchst. c das Wort „und“ eingefügt und folgender Buchst. d neu eingefügt: „d. Teilnahme am Handtraumaregister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie.“ Zu § 1 Abs. 4 Nr. 2 Buchst. e (neu) Nein PatV/LV: Nein
2.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Bei der Definition der Traumazentren begrüßen wir ausführlich die spezifische Berücksichtigung der Kindertraumatologie und halten die Definition entsprechend des Weißbuchs für sinnvoll. Hier wollen wir darauf hinweisen,		GKV-SV/LV: Kenntnisnahme DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		dass im Oktober 2019 eine Neuauflage erscheinen wird.		PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	
3.	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)	Zusätzliche Einführung und Pflege eines SHT-Moduls (Schädelhirntrauma-Moduls)	Begründung für ein DGU-DGNC Schädelhirntrauma-register mit zusätzlichem SHT-Modul Warum ein zusätzliches SHT-Modul? Das Schädelhirntrauma steht in der Krankenhausstatistik(DIMDI) an 5.Stelle aller Diagnosen, deren Anzahl von Jahr zu Jahr zunimmt (2005 wurden 203 784 und 2016 bereits 282 678 – ICD/10-S06- Verletzungen registriert). Das Schädelhirntrauma verursacht für den Patienten oftmals eine entscheidende biographische Zäsur. Die Gesichtspunkte, die bei dem Aufbau eines Registers und die Kriterien nach dem dessen Qualität zu messen sind, wurden in einem Memorandum niedergelegt, an dem auch die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie beteiligt war (Müller D et al. Memorandum Register für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2010;72:824-839). Schon heute nehmen viele neurochirurgische Kliniken am zertifizierten Trauma-Netzwerk der DGU teil. Dieses existiert schon seit Jahrzehnten und hat sich national breit aufgestellt. Allerdings gibt es in dem bisher vorliegenden Datenkatalog keine spezifischen Module für das Schädelhirntrauma. Das SHT-Register - angedockt an das Trauma-Netzwerk - schließt jetzt diese Lücke. Für die Entwicklung, den Aufbau und die Umsetzung eines SHT-Registers treffen sich seit	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme Die fachlich-wissenschaftliche Ausgestaltung des Traumaregisters wird den Kliniken und Fachgesellschaften überlassen und hier nicht im Detail vorgegeben. DKG: Kenntnisnahme Der formulierte Vorschlag ist nachvollziehbar. Die besonderen Aufgaben 7: „Erstellung eines Registers“ und 8: „Führung und Auswertung eines von der Landesbehörde konkret zu benennenden Registers“ im Beschlussentwurf der DKG eröffnen die Möglichkeit der Zuweisung als besondere Aufgabe. PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			2016 engagierte Neurochirurgen und Unfallchirurgen aus ganz Deutschland in einem Qualitätszirkel der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Dieser Arbeitsgruppe gehören bisher 12 Kliniken an, die alle schon nach dem Traumaregister zertifiziert sind. Inzwischen wurden die für ein Schädelhirntrauma spezifischen Module erarbeitet und konsentiert. Einbezogen ist eine Nachuntersuchung nach 6 und 12 Monaten. Gegenwärtig erfolgt die Umsetzung mit Unterstützung der AUC (Akademie für Unfallchirurgie). In einem gemeinsamen Kooperationsvertrag zwischen den beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGU und DGNC wurden die Einzelheiten festgelegt und vereinbart. Die gegenwärtige Pilotphase wird ab 2020 dann in alle überregionalen Traumazentren und beteiligten neurochirurgischen Kliniken umgesetzt. Zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung von Schädelhirnverletzten ist die zusätzliche Dokumentation und deren Pflege notwendig. Diese erfolgt zusätzlich zu der Dokumentation des DGU-Traumanetzwerkes mittels eines speziellen SHT-Moduls und ist nur für die Kliniken vorgesehen, die schon an diesem Netzwerk teilnehmen. Das SHT-Modul bedarf eines besonderen Aufwandes.		
4.	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.	Bei der Festlegung der Qualitätsanforderungen für Traumazentren beziehen sich alle Varianten auf das Weißbuch Schwerverletzten Versorgung. Bei der Qualifikation der beteiligten Radiologen wird in diesem Dokument zwi-	Die Verfügbarkeit eines fachkundigen Weiterbildungsassistenten im Schockraum ermöglicht es, sofort die rechtfertigende Indikation für die Durchführung von konventionellen Röntgenuntersuchungen und CT Untersu-	GKV-SV: Diese Forderungen sind nachvollziehbar, sollten aber im Rahmen der Überarbeitung des Weißbuches berücksichtigt	GKV-SV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		schen Facharzt für Radiologie bzw. Weiterbildungsassistent (FA-Standard), Facharzt für Radiologie (Oberarzt) und Facharzt für Radiologie (Oberarzt) mit Kenntnissen in interventioneller Radiologie differenziert. Aus Sicht der Deutschen Röntgengesellschaft sind diese Begriffe weder eindeutig, noch stellen sie die erforderlichen Kompetenzen sicher. Die bildgebende Diagnostik bei Schwerverletzten sollte daher in zertifizierten DRG-Zentren für Muskuloskelettale Radiologie erfolgen. Zum Basisteam der Schockraumversorgung sollten dabei fachkundige Weiterbildungsassistenten gefordert werden, zum erweiterten Schockraumteam sollte ein Facharzt für Radiologie gehören. In kindertraumatologischen Zentren sollen Fachärzte / Fachärztinnen für Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie verfügbar sein. Interventionelle Expertise sollte durch das Modul B der Deutschen Gesellschaft für interventionelle Radiologie (DeGIR) nachgewiesen werden.	chungen zu stellen. Der Facharzt im erweiterten Schockraumteam stellt die zeitnahe fachärztlich Befundung der Notfalluntersuchungen sicher. Diese Regelung entspricht der klinischen Versorgungsrealität, da selbst in Häusern der Maximalversorgung in der Radiologie kein fachärztlicher Anwesenheitsdienst vorgehalten wird. Die Anerkennung als DRG-Zentrum für Muskuloskelettale Radiologie sichert eine hohe Qualifikation und kontinuierliche Weiterbildung der an der Schwerverletztenversorgung beteiligten Radiologen.	werden. Die Zentrumsregelungen legen fest, welche Krankenhäuser geeignet sind, vorwiegend beratende Leistungen für andere Krankenhäuser bereitzustellen. Details der Schockraumorganisation u.ä. sollen in diesem Kontext nicht geregelt werden. Der G-BA kann seine Regelungskompetenz nicht an Dritte übertragen, deswegen ist ein direkter, dynamischer Verweis auf Zertifikate nicht möglich. DKG/LV: Die im Beschlussentwurf formulierten Qualitätsanforderungen entsprechen den Anforderungen für regionale und überregionale Traumazentren im „Weißbuch der Schwerverletztenversorgung, Stand Mai 2012“. Mit den hier festgelegten Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Radiologen ist die qualifizierte Versorgung der Patienten sichergestellt. Der Nachweis entsprechender Zertifizierungen ist im Rahmen der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nicht als Qualitätsanforderung aufzunehmen.	LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	

Absatz 1 a

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
5.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	<u>zum Vorschlag GKV-SV 2.9.1.1.1a) Tragende Gründe</u> In einem Endoprothetikzentrum wird eine strukturelle, personelle und fachliche Ausstattung vorgehalten, die geeignet ist, alle Arten von Interventionen - sowohl als Notfall als auch im weiteren Verlauf definitiv - durchzuführen. In besonderem Umfang gilt dies für Endoprothetikzentren der Maximalversorgung, an denen dementsprechend auch die Beratungskompetenz vorhanden ist, andere Versorger im Bereich der Endoprothetik bei schwierigen oder seltenen Behandlungssituationen oder Komplikationen zu beraten, oder die Behandlung zu übernehmen. Die Erfüllung der Anforderungen in § 1 Abs. 1 kann durch eine erfolgreiche Zertifizierung der Einrichtung nach dem EndoCert Verfahren der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie	Im Vergleich zur Traumaversorgung ist die Durchführung von Gelenkersatzoperationen weniger durch eine kurzfristige Verfügbarkeit als durch eine hohe Konstanz der Behandlungsqualität im Hinblick auf eine komplikationsarme und langfristig erfolgreiche Versorgung bei gleichzeitig hoher Planbarkeit der Eingriffe gekennzeichnet. Daneben ist gerade bei der Durchführung von Endoprothesenwechseloperationen und bei der Behandlung von Komplikationen ein hohes Maß an Kompetenz gefordert. Ähnlich wie bei Traumazentren sind in der wissenschaftlichen Literatur Vorgaben auf dem Gebiet der Struktur- und Prozessqualität identifiziert worden, die zu einer höheren Versorgungsqualität beitragen. Diese Anforderungen werden im Rahmen des EndoCert-Zertifizierungsprozesses ähnlich dem Vorgehen bei Traumazentren abgeprüft.	GKV-SV: Endoprothetikzentren sind nicht Gegenstand dieser Regelungen. Zudem ist es nicht Gegenstand dieser Regelungen durch Struktur- und Prozessvorgaben, eine höheren Versorgungsqualität in der Regelversorgung zu erreichen. Vielmehr werden hier Qualitätsanforderungen festgelegt, die Traumazentren zur Übernahme besonderer, zumeist krankenhausübergreifender Aufgaben qualifizieren. Der G-BA kann seine Regelungskompetenz nicht an Dritte übertragen, deswegen ist ein direkter, dynamischer Verweis auf Zertifikate nicht möglich.	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		und Orthopädische Chirurgie e. V. als Endoprothetikzentrum bzw. Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung nachgewiesen werden. Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Endoprothetikzentren der Maximalversorgung im Verbund mit den Endoprothetikzentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligt sich das Zentrum an multizentrischen Studien mit Studienprotokoll, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinator eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.		DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Im Hinblick auf eine zukünftige Diskussion zur Ausweisung weiterer Zentren ist dieser Vorschlag zu berücksichtigen. LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	
6.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGO), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>zum Vorschlag DKG</u> Die Einschränkung auf überregionale Traumazentren deckt sich mit den Vorstellungen der Fachgesellschaft.	Regionale Traumazentren übernehmen nur im Ausnahmefall verantwortlich übergeordnete Zentrumsaufgaben. Über ein Verteilmodell im Rahmen der Selbstverwaltung eines Zuschlags kann ein angemessener Ausgleich herbeigeführt werden. Individuelle aufwandsbezogene sind möglich und entlasten das hier zu definierende übergeordnete Regelwerk.	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme, Zustimmung DKG: Die Analyse der derzeit zertifizierten überregionalen Traumazentren (Map-Server AUC) zeigt eine sehr inhomogene, regionale Verteilung. Während im Westen der Republik sowie in den Ballungsgebieten eine Häufung überregionaler Traumazentren zu verzeichnen ist, sind diese in den Flächenländern insbesondere in der Mitte, im Osten und im	GKV-SV /PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Be- schluss- entwurfes (Ja / Nein)
				Norden in geringer Anzahl vertreten. Die Bedeutung der regionalen Traumazentren, auch im Hinblick auf übergeordnete Zentrumsaufgaben, ist hier anders zu bewerten und entsprechend zu berücksichtigen. Bei Erfüllung der im Beschlussentwurf formulierten Qualitätsanforderungen obliegen die landesplanerisch erforderliche Ausweisung von regionalen Traumazentren sowie die Zuweisung von besonderen Aufgaben den Ländern. Ein alternatives Verteilmodell der Zuschläge ist aufgrund der Finanzierungsmodalitäten (Budgetverhandlungen) nicht möglich. PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	

Absatz 1 b

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
7.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>zum Vorschlag GKV-SV:</u> Die Darstellung mit dem besonderen Fokus auf Selbsthilfeorganisationen greift zu kurz. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, dass die Struktur des Zentrums ist gesamtheitlich ohne Einschränkung auf bestimmte Gruppen darzustellen und Raum für Partnerschaften einzuräumen. Schriftliche Verträge sind dazu nicht notwendig.	Es gibt viele Partner in der Betreuung von Traumapatienten, die im Rahmen des (gesetzlichen) Entlass- und Verlegungsmanagements eingebunden werden. Diese Partner, Kooperationen usw. sollten alle Raum bekommen. Es ist zu berücksichtigen, dass eine Vorteilsnahme oder unlauterer Wettbewerb ausgeschlossen wird.	GKV-SV/LV: Da die Darstellung des Zentrums und seiner Netzwerkpartner bereits im Allgemeinen Teil beschrieben wird, ist diese Vorgabe hier zu streichen. DKG: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	GKV-SV/LV: Ja Anlage III § 1 Abs. 1 Buchst. b wird gestrichen. PatV: Nein

Absatz 2 Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung (GKV-SV) / Absatz 3 Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
8.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	<u>zum Vorschlag GKV-SV 2.9.1.2. Absatz 2 Tragende Gründe</u> Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind von jedem Endoprothetikzentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen	Die Durchführung von Qualitätszirkeln erfolgt in Endoprothetikzentren aus den im Text genannten Gründen.	GKV-SV: Endoprothetikzentren sind nicht Gegenstand dieser Regelungen. Siehe auch Lfd. Nr. 1 DKG/LV:	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet (siehe auch § 2 Nr. 4). Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Endoprothetikzentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Endoprothetikzentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Die Abstimmung mit den Netzwerkpartnern auf Leistungserbringungs- und Stützprozessseite wird durch regelmäßig durchzuführende Qualitätszirkel sichergestellt.		Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	
9.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>zum Vorschlag GKV-SV:</u> Der allgemeine Hinweis auf Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder interner allgemeiner oder spezieller Qualitätssicherungsverfahren ist ausreichend.	Der Hinweis auf PDCA-Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ist entbehrlich, da es unterschiedliche Methoden der Qualitätssicherung gibt. Die Veröffentlichung von Berichten bedarf in der Regel besonderer datenschutzrechtlicher Anforderungen und sollte ebenfalls entfallen. In diesem Zusammenhang wird auf bereits etablierte Qualitätsberichte verwiesen.	GKV-SV: Es geht hierbei nicht um die allgemeine Qualitätssicherung der Regelversorgung von Patientinnen und Patienten, sondern um die Qualitätssicherung der besonderen Aufgabenwahrnehmung des Zentrums. Da in dem hier geforderten Qualitätsbericht keine patientenbezogenen Daten enthalten sind, spricht nichts gegen eine Veröffentlichung. Die Angaben zu qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen des PDCA-Zyklus, die im Übrigen auch als besondere	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Aufgabe vergütet werden, müssen jedoch gut definiert sein, um sicherzustellen, dass nicht Daten erhoben werden, deren Verwendung dann aufgrund der geringen Standardisierung ausgeschlossen ist. Die Qualitätsberichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes. LV: Kenntnisnahme	

Absatz 3 Forschungstätigkeit

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
10.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	<u>zum Vorschlag GKV-SV 2.9.1.3.1 a) & b) Tragende Gründe</u> Als Leistungserbringer der Spitzenmedizin, tragen die Endoprothetikzentren der Maximalversorgung im Verbund mit den Endoprothetikzentren eine besondere Verantwortung, versorgungsrelevante Forschungserkenntnisse in die Regelversorgung zu transferieren. Daher überwachen sie die Aktualität der medizinischen Leitlinien, initiieren bei Bedarf	Die Weiterentwicklung der Leitlinien etc. steht im Blickpunkt der zertifizierten Einrichtungen. Besondere Bedeutung kommt dabei der etablierten Kooperation zwischen Endoprothetikzentren und Endoprothetikzentren der Maximalversorgung zu, da hier gezielt bestehende Versorgungsstrukturen gebündelt werden.	GKV-SV: Endoprothetikzentren sind nicht Gegenstand dieser Regelungen. Siehe auch Lfd. Nr. 1 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Weiterentwicklungen und arbeiten aktiv daran mit. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligt sich das Zentrum an multizentrischen Studien mit Studienprotokoll, welche die Anforderungen der Evidenzstufe Ib oder IIa erfüllen. Als Koordinator eines Netzwerkes von Kliniken wird das Zentrum oft der Ausgangspunkt solcher Studien sein.		PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage. LV: Kenntnisnahme	
11.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>zu Vorschlägen GKV-SV / KBV / PatV / LV</u> Beteiligung an Studien zur klinischen Forschung im Bereich der Traumatologie	Die Mitarbeit an Leitlinien und Konsenspapieren ist keine explizite Aufgabe ausschließlich von Traumazentren, steht im internationalen Kontext oder auch der überhaupt gegeben Option zur Mitarbeit in einer derartigen Gruppe. Dies ist nicht immer beeinflussbar und sollte entfallen. Analog dazu sind auch eine Studiengenehmigung, das Studiendesign, die Teilnahme an multizentrischen Studien ebenfalls nicht immer beeinflussbar und hängt von möglichen Drittmitteln ab.	GKV-SV/LV: Dem Einwand der Fachgesellschaft, dass die Mitarbeit an Leitlinien und Konsenspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, wird Rechnung getragen, indem alternativ die Forschungstätigkeit durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) nachgewiesen werden kann. Entsprechende Anpassungen werden auch in den Anlagen II-IV vorgenommen. Zudem ergeben sich Folgeänderungen in § 2 Nr. 4 (jährlicher Qualitätsbericht) der jeweiligen Anlagen.	GKV-SV/LV: Ja Anlage III § 1 Abs. 3 Buchst. a wird wie folgt geändert: „(3) Forschungstätigkeit a) Mitarbeit an Leitlinien/ Konsenspapieren oder mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) im Bereich Traumatologie und (...) “ Anlage III § 2 Nr. 4 wird folgender Spiegelstrich angefügt:

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	„- Nennung der wissenschaftlichen Publikationen des Zentrums (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren).“ PatV: Nein

Absatz 4 Spezialisierung (mind. eine) (GKV-SV/KBV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
12.	Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)	Ist zu ergänzen um (fett): . Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie	Die Handchirurgie ist eine der vier Säulen der Plastischen Chirurgie und sowohl in der 2004er als auch in der 2018er Weiterbildungsordnung mit abgedeckt und auch gesondert ausgewiesen, die in größerem Umfang der genannte Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Auch die unter b. und c. abgebildeten Verfahren: „b. nachweisbare Erfahrung in der Durchführung der folgenden	GKV-SV/LV: Dem Vorschlag der Fachgesellschaft wird gefolgt, da Handchirurgische Eingriffe und die Notfallversorgung von komplexen Handverletzungen Bestandteil der Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sind.	GKV-SV/LV: Ja, Anlage III § 1 Abs. 4, Nr. 2 Buchst. a wird wie folgt geändert: „2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Handtrauma-

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
			chirurgischen Techniken: Revaskularisation, Replantation, Lappenchirurgie und Nerven-naht und c. mindestens 240 handchirurgische Eingriffe pro Kalenderjahr am Standort des Zentrums, davon mindestens 60 mikrochirurgische Eingriffe mit mikrochirurgischer Nerven-naht oder mikrochirurgischer Gefäßnaht.“ Sind originäre Bestandteile der Plastischen Chirurgie und in der Traumachirurgie unverzichtbar.	PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage. DKG: Kenntnisnahme	und Replantation-nen, welche die folgenden Qualitätsstandards erfüllt: a. Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie innerhalb von 30 min am Standort des Zentrums verfügbar, (...)“ PatV: Nein

Absatz 4 Nummer 1 (GKV-SV/KBV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
13.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	<u>zum Vorschlag GKV-SV 2.9.1.5 Nummer 1 Tragende Gründe</u> Ein besonderer Schwerpunkt in der Versorgung kann in der Durchführung von Prothesenwechseloperationen liegen. In diesem Zusammenhang sind besondere strukturelle Anforderungen zu erfüllen, die insbesondere auch die Logistik bezgl. der Vorhaltung entsprechender Prothesensysteme und die Vernetzung mit Anbietern notwendiger Stützprozesse (bspw. Institute für Pathologie oder Mikrobiologie) betrifft.	Im EndoCert System wird besonderer Wert auf die enge Abstimmung unter den beteiligten Partnern im Behandlungsprozess gelegt. Dies geht deutlich über die reine Erbringung konsiliarischer Leistungen hinaus, da bereits im Vorfeld der konkreten Patientenbetreuung verbindliche Regelungen vereinbart und Anforderungen erfüllt werden müssen.	GKV-SV: Endoprothetikzentren sind nicht Gegenstand dieser Regelungen. Siehe auch Lfd. Nr. 1 PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Absatz 4 Nummer 2 (GKV-SV/KBV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
14.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für	Anpassung der Mindestmengen auf die aktuellen zertifizierungsrelevanten Mindestmengen der FESSH (Stand 06/2019): 160 handchirurgische Eingriffe, davon 40 mikrochirurgische Nerven- oder Gefäßnähte	Es sollten die aktuellen europäischen Mindestmengen für Hand-Trauma-Replantationszentren (HTRC) der FESSH verwendet werden. Eine Inkongruenz der Anforderungen ist nicht nachvollziehbar.	GKV-SV: Es ist im Rahmen der mündlichen Anhörung zu klären, warum die von der FESSH Mindestfallzahlen um mehr als 30 Prozent abgesenkt wurden. Es werden keine fachlichen	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)			Gründe für die drastische Absenkung gegenüber dem Vorjahr genannt. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	

§ 2 Besondere Aufgaben

Nummer 1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
15.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	<u>zum Vorschlag GKV-SV 2.9.2.1 Nummer 1 Tragende Gründe</u> Die Endoprothetikzentren unterstützen andere Krankenhäuser in ihrem Netzwerk in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann.	Anpassung der Formulierung.	GKV-SV: Endoprothetikzentren sind nicht Gegenstand dieser Regelungen. Siehe auch Lfd. Nr. 1 DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	PatV/LV: Nein
16.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>Zu Vorschlag GKV-SV:</u> Schriftliche Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern sind aus Sicht der Fachgesellschaft entbehrlich. Die Dokumentation der Konferenzen, Fallgespräche usw. sind ausreichend. Die Wortwahl „Leistungserbringer“ statt „Krankenhäuser“ wird präferiert.	Die Kooperation ist über das Traumanetzwerk bereits institutionalisiert begründet. Eine schriftliche Vereinbarung ist kein substantielles Strukturkriterium. Zielführender sind hier die Beschreibung und die Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen.	GKV-SV: Da die Fallkonferenzen regelmäßig und strukturiert erbracht werden sollen, ist eine schriftliche Vereinbarung hierzu zwischen den Leistungserbringern erforderlich. Da die besonderen Aufgaben im Sinne dieser Regelungen für die stationäre Versorgung von Patienten angelegt sind, sind mit anderen Leistungserbringern immer Krankenhäuser gemeint. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV /PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	

Nummer 2

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
17.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	zum Vorschlag GKV-SV 2.9.2.2 Nummer 2 Tragende Gründe Das Zentrum kann für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durchführen. Interdisziplinäre Expertengremien, die jeweils von einem Koordinator geleitet werden, arbeiten Vertreter aller klinischen Disziplinen, die an der Versorgung von Endoprothetikpatienten beteiligt sind, zusammen. Die Aufgaben umfassen die Optimierung der klinischen Versorgung sowie die Entwicklung translationaler Forschungsschwerpunkte.	Anpassung der Formulierung	GKV-SV: Endoprothetikzentren sind nicht Gegenstand dieser Regelungen. Siehe auch Lfd. Nr. 1 DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	GKV-SV /PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
18.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>zu Vorschlägen GKV-SV, DKG</u> Die Fokussierung auf traumatologische Fort- und Weiterbildungen für alle Netzwerkpartner ist sinnvoll.	Es ist sinnvoll, dass bei Fortbildungen in Traumazentren ein Bezug zur Traumatologie hergestellt wird.	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme DKG: Zustimmung PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	GKV-SV/ PatV/LV: Nein DKG: Ja. Nach „Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene,“ Ist das Wort „traumatologische“ anzufügen

Nummer 4

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
19.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für	<u>zu Vorschlägen GKV-SV, DKG</u> Der Hinweis auf PDCA-Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ist entbehrlich. Die Dokumentationspflichten sollten auf den jährlichen Forschungsbericht mit der Nennung der Publikationen und der Teilnahme an Studien und die durchgeführten Maßnahmen wie Weiterbildungen, Konferenzen usw.) beschränkt werden.	Der Hinweis ist teilweise redundant zu §1 Qualitätsanforderungen Absatz 2. Veränderte und zusätzliche Dokumentationspflichten werden bei bereits ausführlichen und aufwändigen Zertifizierungsverfahren (z. B. zum überregionalen Traumazentrum oder als Hand-Trauma-Replantation-Center usw.) als nicht notwendig und auch nicht qualitätssteigernd angesehen.	GKV-SV: Es geht hierbei nicht um die allgemeine Qualitätssicherung der Regelversorgung von Patientinnen und Patienten, sondern um die Qualitätssicherung der besonderen Aufgabenwahrnehmung des Zentrums. Die besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung	LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Chirurgie e.V. (DGCH)			sind von jedem Zentrum verpflichtend als zuschlagsfähige besondere Aufgabe zu erfüllen, daher sind diese Maßnahmen sowohl unter § 1 Qualitätsanforderungen als auch unter § 2 Besondere Aufgaben gelistet. Die Angaben zu qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen des PDCA-Zyklus, die im Übrigen auch als besondere Aufgabe vergütet werden, müssen jedoch gut definiert sein, um sicherzustellen, dass nicht Daten erhoben werden, deren Verwendung dann aufgrund der geringen Standardisierung ausgeschlossen ist. Die Qualitätsberichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes. DKG: Das Grundprinzip des Qualitätsmanagements ist die stetige Verbesserung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die formale Darlegung der Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen sowie das zugrundeliegende Qualitätsmanage-	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				mentssystem obliegen dabei dem Zentrum. PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage. LV: Kenntnisnahme	

Nummer 5

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
20.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>zu Vorschlägen GKV-SV, DKG</u> Die Wortwahl „Leistungserbringer“ statt „Krankenhäuser“ wird präferiert	Das Wort „Leistungserbringer“ schränkt nicht auf Krankenhäuser ausschließlich ein.	GKV-SV/LV: Da die besonderen Aufgaben im Sinne dieser Regelungen und gemäß gesetzlichem Auftrag auf die stationäre Versorgung von Patienten ausgerichtet sind, sind mit anderen Leistungserbringern immer Krankenhäuser gemeint. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	

Nummer 6

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
21.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	zum Vorschlag GKV-SV 2.9.2.6 Nummer 6 Tragende Gründe Alle Endoprothetikzentren nehmen am EPRD (Endoprothesenregister Deutschland) teil und melden die behandelten Patienten gemäß den geltenden Vorgaben.	Spezifische Anpassung. Ggf. ist eine weitere Anpassung gemäß den Entwicklungen in Bezug auf das Endoprothesenregister vorzunehmen.	GKV-SV: Endoprothetikzentren sind nicht Gegenstand dieser Regelungen. Siehe auch Lfd. Nr. 1 DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	GKV-SV/ PatV/LV: Nein
22.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU),	zu den Vorschlägen GKV-SV / KBV / PatV / DKG Besserer Formulierung: Teilnahme am Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.	Das Register ist bereits eingerichtet. Derzeit kann wegen der datenschutzrechtlichen Veränderungen durch die aktuelle gültige DSGVO nicht zwingend sichergestellt werden, dass alle Patienten dem Traumaregister zugeführt werden können. Deswegen soll die Teilnahme als Kriterium Eingang finden. Das Führen und die Auswertung ist über eine einzelne Klinik nicht möglich. Das Register besteht auch schon, insofern ist Absatz 7 und 8 DKG	GKV-SV: Hier ist keine Qualitätsanforderung an alle Traumazentren beschrieben, sondern die zugschlagsfähige besondere Aufgabe des Führens und Auswertens des Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Diese Aufgabe	GKV-SV/ PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)		entbehrlich. Hilfreich wäre die zwangsweise Teilnahmeverpflichtung für die Patienten ohne gesonderte Einwilligungserklärung. Registerdokumentation sind aus Sicht der Fachgesellschaft keine allgemeinen Krankenhausleistungen und stellen einen Sonderaufwand dar.	wird voraussichtlich nur von einem Zentrum als besondere Aufgabe wahrgenommen. Die einschlägigen Datenschutzbestimmungen sind selbstverständlich zu beachten, eine Verpflichtung von Patienten zur Teilnahme an dem Register ist im Rahmen dieser Regelungen nicht möglich. DKG: Besondere Aufgabe 6: Zustimmung Die besonderen Aufgaben 7 und 8 eröffnen die Möglichkeit weitere, dem landesspezifischen Bedarf entsprechende Register (z.B. Schädelhirntrauma-Register) als besondere Aufgabe zuzuweisen. PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage. LV: Kenntnisnahme	DKG: Zu 6: ja Übernahme der Formulierung „Teilnahme am Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.“ Zu 7 und 8: Nein

Nummer 7 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
23.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	<u>zu den Vorschlägen PatV / DKG / LV</u> Die Formulierung zu Vorhaltung besonderer Leistungsangebote (z. B. intraoperative CT-Bildgebung,) oder die Vorhaltung für die Bewältigung von Großschadenslagen sind ausreichend. Eine weitere Ausdifferenzierung (z. B. auf ATLS-Kurse, Qualitätszirkeln, SOPs usw.) sind redundant und bereits in den Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum per se oder den vorangehenden Regelungen enthalten und werden als nicht notwendig erachtet.	Die Anforderungen für besondere Vorhaltungen sind ausreichend definiert. Darüber hinaus gehende Maßnahmen verkomplizieren zu Diskussion stehende Regelung und führen konsekutiv zu vermehrten nicht notwendigen regulatorischen Mehraufwänden.	DKG/LV: Die Differenzierung der besonderen Aufgaben eröffnet die Möglichkeit einer am landesplanerischen Bedarf orientierten Zuweisung durch die Länder von ausgewählten, auf die Versorgungslandschaft abgestimmten, Aufgaben. Die besonderen Aufgaben umfassen dabei nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, oder nach sonstigen Regelungen vergütet werden. PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	PatV/LV: Nein

Nummer 12 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
24.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	<u>zum Vorschlag DKG 2.9.2.10 Nummer 12 Tragende Gründe</u> Ein wesentliches Element in der flächendeckenden, qualitätsgesicherten Versorgung der Patienten ist die Netzwerkstruktur aus	Anpassung an die Anforderungen im Rahmen der endoprothetischen Patientenversorgung.	DKG/LV: Kenntnisnahme PatV:	PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	gie e.V. (DGOOC)	Zentren unterschiedlicher Versorgungsstufen (Endoprothetikzentren, Endoprothetikzentren der Maximalversorgung), Leistungserbringern mit spezialisierten Leistungsangeboten (z.B. Zentren mit besonderer Expertise in der Wechselendoprothetik). Interklinische Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkel erfüllen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Versorgung der Patienten und dem mit der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung, der Durchführung sowie der Nachbereitung verbundenen Aufwand die Kriterien einer besonderen Aufgabe.		Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	

Nummer 16 (DKG/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
25.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	zum Vorschlag DKG 2.9.2.14 Nummer 16 Tragende Gründe Alle elektiven Operationen werden durch besonders qualifizierte Ärzte ausgeführt, die eine persönliche, jährlich zu erbringende Mindestfallzahl endoprothetischer Operationen ausführen müssen, durchgeführt. Zudem müssen diese Ärzte an regelmäßigen, spezifisch zugelassenen Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Neben dem finanziellen Aufwand stellen die Freistellung und der Ersatz des betreffenden Personals eine besondere Anforderung an die Zentren dar, die den Kriterien einer besonderen Aufgabe entspricht.	Anpassung an die Anforderungen im Rahmen der endoprothetischen Patientenversorgung.	DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	PatV/LV: Nein

Nummer 17 (DKG/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
26.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	zum Vorschlag DKG 2.9.2.17 Nummer 19 Tragende Gründe Die Abbildung von Zentren, Netzwerken oder beteiligten Einrichtungen in geeigneten Medien soll Patienten den Zugang zur spezialisierten Versorgung erleichtern und wird gezielt auch in den zentrenspezifischen Zertifizierungsverfahren gefordert. Insbesondere wenn weitreichende Therapieentscheidungen anliegen oder fachliche Expertise nur in geringem Maße verfügbar ist, erleichtert eine Auflistung das Auffinden eines entsprechenden Zentrums, gerade auch im Hinblick auf den oftmals elektiven Charakter einer Versorgung. Somit wird Patienten eine teils langwierige Odyssee erspart und dem einweisenden Arzt eine Orientierung geboten, an welche Spezialisten der Patient verwiesen werden kann.	Anpassung an die Anforderungen im Rahmen der endoprothetischen Patientenversorgung.	DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Die Stellungnahme wurde von der PatV geprüft, führt aber aus Sicht der PatV nicht zu Änderungen in der Anlage.	PatV/LV: Nein

Anlage 4 – Anforderungen an Rheumatologische Zentren (GKV-SV/DKG/KBV) / Anlage IV – Anforderungen an Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie (PatV)

§ 1 Qualitätsanforderungen

Absatz 1 Strukturelle Anforderungen (GKV-SV/KBV/DKG) / Strukturelle Anforderungen Rheumatologie Erwachsene (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Bei den strukturellen Anforderungen ist die Gastroenterologie als einer der notwendigen Fachabteilung am Standort bzw. als Mitbehandlungsmöglichkeit aufzuführen.	Rheumatologische Krankheiten und ihre Komorbiditäten manifestieren sich sehr häufig am Gastrointestinaltrakt und erfordern eine spezifische gastroenterologische Diagnostik und Therapie. Hierzu zählen z.B. folgende Hauptdiagnosen: D68.6 Thrombophilien D68.8 Koagulopathien D69.0 Purpura anaphylactoides D89.1 Kryoglobulinämie E85.0 Amyloidose M02.- postenterische und reaktive Arthritis M06.1 adulte Still-Krankheit M07.- Spondylitis psoriatica M30.- Panarteriitis nodosa M31.6 Riesenzellarteriitis M31.7 mikroskopische Polyangiitis M32.- systemischer Lupus erythematodes M33.- Polymyositis M34.- systemische Sklerose M35.0 Sicca-Syndrom M35.2 Behçet-Krankheit M35.4.eosinophile Fasziitis	GKV-SV: Hier werden die Qualitätsanforderungen an die besondere Aufgabenwahrnehmung durch rheumatologische Zentren festgelegt. Nicht alle evtl. an der Behandlung einer rheumatologischen Erkrankung beteiligten Fachgebiete werden in die Mindestanforderungen aufgenommen. DKG/LV: Vor dem Hintergrund, dass Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sich in sehr unterschiedlicher Form und an unterschiedlichen Organsystemen manifestieren können, ist die Festlegung von Fachabteilungen nicht zielführend. Die im Beschlusssentwurf als Qualitätsanforderung formulierte Mitbehandlungsmöglichkeit durch weitere Bereiche trägt dem Rechnung. Die beispielhaft genannten Bereiche	GKV-SV/ DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			M36.0 Dermato-/Polymositis bei Neubildungen M46.9 entzündliche Spondylopathie	sind hierbei nicht abschließend und können auch die gastroenterologische Mitbehandlung umfassen. PatV: In der Diagnostik und Therapie ist die interdisziplinäre Einbindung der Gastroenterologie aus Patientensicht notwendig. Eine zusätzliche Aufnahme in die vorzuhaltenden Fachabteilungen ist in Hinblick auf die Definition von Zentren jedoch nicht zwingend erforderlich.	
2.	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.	Bei den Qualitätsanforderungen berücksichtigt keine der Varianten die Radiologie als beteiligte Fachabteilung. Aus Sicht der DRG sollte die bildgebende Diagnostik in Rheumatologischen Zentren durch Radiologen erfolgen, die ihre Qualifikation durch eine Zertifizierung als DRG-Zentren für Muskuloskelettale Radiologie nachgewiesen haben. In Rheumatologischen Zentren für Kinder und Jugendliche sind Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie notwendig.	Die bildgebende Diagnostik in der Rheumatologie erfordert fundierte Kenntnisse in der konventionellen Radiologie, des Ultraschalls, der Computertomographie und der Kernspintomographie, die nur durch Fachärzte für Radiologie sichergestellt werden kann.	GKV-SV: Die Deutsche Röntgengesellschaft hält eine Zertifizierung für Muskuloskelettale Radiologie in einem rheumatologischen Zentrum für erforderlich. Ebenso wird für kinderrheumatische Zentren ein Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie für notwendig gehalten. Rheumatologische Zentren sind Exzellenzzentren rheumatologischer Behandlung, die niedergelegten Qualitätskriterien beschreiben diese Zentren und erlauben den Zentren bei Erfüllung Beratungsleistung für andere Krankenhäuser wahrzunehmen. Eine qualitativ hochwertige radiologische Diagnostik ist dafür wichtig aber sollte kein Kernkriterium sein,	GKV-SV/ DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				weil bei rheumatologischen Zentren die rheumatologische Expertise auswahlbestimmend sein sollte. Der G-BA darf seine Regelungskompetenz nicht an Dritte übertragen, deswegen ist ein direkter Verweis auf Zertifikate nicht möglich. DKG/LV: Vor dem Hintergrund, dass Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sich in sehr unterschiedlicher Form und an unterschiedlichen Organsystemen manifestieren können, ist die Festlegung von Fachabteilungen nicht zielführend. Die im Beschlussentwurf als Qualitätsanforderung formulierte Mitbehandlungsmöglichkeit durch weitere Bereiche trägt dem Rechnung. Die beispielhaft genannten Bereiche sind hierbei nicht abschließend und können auch die Radiologie umfassen.	
3.	Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA)	Wir stimmen den Punkten a) und c) der GKV-SV/PatV/KBV wie auch dem Punkt b) der DKG zu.		GKV-SV/DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Punkt a) und c) Zustimmung. Zu Punkt b) Für die Ausweisung von Zentren mit überregionalen besonderen Aufgaben erscheint eine Kooperation mit	GKV-SV/ DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Fahrzeiten von 30 min nicht als sachgerecht.	

Absatz 1 a

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
4.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) – Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)	zu Vorschlag PatV: Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie: <u>Änderungsvorschlag:</u> „a) Fachdisziplin innerhalb einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, oder Fachabteilung unter Pädiatrischer Leitung innerhalb eines Zentrums für Rheumatologie“	1. Dankenswerter Weise erfolgt die Nennung eines notwendigen multiprofessionellen Teams (mit Psychosozialen Dienst, Kinder-Physiotherapie). 2. Vorrangig ist vor allem eine interdisziplinäre, kindgerechte und fachärztliche Versorgung der Kinder auf hohem Niveau sicher zu stellen. Die Krankheiten in der Kinderrheumatologie sind häufig entzündliche Systemerkrankungen. Ebenso wie in den Definitionen für Erwachsenen-Rheumatologie ist daher die Versorgung durch Kinderärzte mit Expertise in verschiedenen Spezialgebieten (z.B. Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderpneumologie, Kindergastroenterologie, Kinderneurologie, Kinderradiologie, Intensivmedizin) von großer Bedeutung. Diese Versorgung sollte im Zentrum möglich sein, was bei Kinder- und Jugendkliniken in aller Regel auch gegeben ist. Bei Fachabteilungen innerhalb anderer Einrichtungen sollte die Zusammenarbeit mit entsprechenden Pädiatrischen Spezialisten schriftlich geregelt sein. Ebenso	GKV-SV: Kenntnisnahme. Vorschlag betrifft PatV LV: Kenntnisnahme DKG: Der Beschlussentwurf der DKG regelt die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in nicht auf diese Altersgruppe spezialisierten Zentren. Die von der DGKJ und GKJR in der Stellungnahme erläuterten Möglichkeiten zur Sicherstellung einer kindgerechten und fachlich hochqualifizierten Versorgung werden begrüßt und finden sich im Beschlussentwurf in den Punkten 1b (beispielhafte Nennung!), 1c und 5 wieder. Qualitätsanforderungen an reine	GKV-SV/LV: Nein PatV: Ja gemäß Vorschlag Fachgesellschaft

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			sollte die nötigenfalls mögliche Notfallversorgung (24/7) sichergestellt werden. 3. Die Kinderrheumatologie ist an wenigen Standorten innerhalb einer Klinik als eine eigenständige Fachabteilung, dann sollte eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum vorhanden sein. Diese pädiatrischen Fachabteilungen müssen so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.	Kinder- und Jugendrheumatologische Zentren bedürfen aus Sicht der DKG einer weiteren Differenzierung und einer veränderten Schwerpunktsetzung, die sich auch in der Ausgestaltung entsprechender besonderer Aufgaben widerspiegeln sollte. Die Zusammenfassung in einer Anlage wird den altersspezifischen Besonderheiten nach Auffassung der DKG nicht gerecht. PatV: prüft	
5.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext: „(1a) Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie a)....“ Ergänzungsvorschlag: Diesen Punkt hinzufügen: f) enge Zusammenarbeit mit einer humangenetischen Einrichtung.“	Ein großer Teil der rheumatologischen Erkrankungen hat eine genetische Ursache. Ganz besonders in diesem Themenbereich gibt es unterschiedliche Manifestationsformen sogar bei identischen Mutationen, die es zu interpretieren, und der Familie zu vermitteln gilt. Manche der unterschiedlichen genetischen Ursachen erfordern auch andere Therapien.	GKV-SV: Ein Änderungsbedarf ergibt sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht. Viele Erkrankungen von Kindern sind genetisch bedingt. Eine enge Zusammenarbeit mit einer humangenetischen Einrichtung sollte daher in jeder Kinderklinik bestehen nicht nur in der Kinderrheumatologie. DKG/LV: Vor dem Hintergrund, dass Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sehr unterschiedlich hinsichtlich ihrer Ätiologie, ihrer Ausprägung und ihrer Organmanifestation sind, ist die Festlegung von Fachabteilungen nicht zielführend. Die	GKV-SV/ DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				im Beschlussentwurf als Qualitätsanforderung formulierte Mitbehandlungsmöglichkeit durch weitere Bereiche trägt dem Rechnung. Die beispielhaft genannten Bereiche sind hierbei nicht abschließend und können auch die Humangenetik umfassen. PatV: In der Diagnostik und Therapie ist die interdisziplinäre Einbindung von humangenetischer Kompetenz aus Patientensicht notwendig. Eine zusätzliche Aufnahme in die strukturellen Anforderungen ist in Hinblick auf die Definition von Zentren jedoch nicht zwingend erforderlich.	
6.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Die BPtK stimmt dem Vorschlag der PatV zu, unter d) zu verankern, dass der psychosoziale Dienst eine Expertise für Kinder und Jugendliche haben sollte.	Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen, die sich von denen chronisch kranker Erwachsener unterscheiden, angemessen Rechnung tragen zu können, ist eine besondere Expertise für diese Altersgruppe erforderlich.	GKV-SV: Vorschlag betrifft die PatV. Kein Änderungsbedarf DKG: Zustimmende Kenntnisnahme LV: Kenntnisnahme PatV: Zustimmung	GKV-SV/ DKG/PatV/LV: Nein

Absatz 1 b

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
7.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) – Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)	zu Vorschlag PatV: Strukturelle Anforderungen Kinder- und Jugendrheumatologie: <u>Änderungsvorschlag:</u> „b) Mindestens zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Rheumatologie am Standort“	Ein kinderrheumatologisches Zentrum mit nur einem zertifizierten Kinderrheumatologen kann den Qualitätsansprüchen nicht genügen. Es muss auch im Krankheits-/Urlaubs-/Vertretungsfall jeweils mindestens ein qualifizierter Kinderrheumatologe im Haus sein.	GKV-SV: Vorschlag betrifft die PatV. Kein Änderungsbedarf DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Zustimmung	GKV-SV/LV: Nein PatV: Ja

Absatz 4 Mindestfallzahlen (GKV-SV/KBV/DKG) / Mindestfallzahlen Rheumatologie Erwachsene (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
8.	Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA)	Ad 2: §1 (4) Mindestfallzahlen Rheumatologie Erwachsene (S. 61): Die von den Parteien GKV/PatV aufgestellte Forderung von mehr als 500 Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen oder mind. 100 Patienten pro Jahr mit den aufgeführten Hauptdiagnosen wird vollumfänglich unterstützt. Der von der DKG gemachte Vorschlag fokussiert zu wenig auf rheumatologische Kliniken, die das Rahmenkonzept eines Rheumazentrums erfüllen können.	Im Rahmen der Zentrumstätigkeit ist die Übernahme aus nicht-rheumatologischen Krankenhäusern ein wichtiger Beitrag. Hierbei erfolgt die Übernahme von Patienten mit einer klinischen Symptomatik, die die Notwendigkeit einer weiterführenden Versorgung in einer Spezialklinik erkennen lässt. Letztendlich kann bei diesen Fallkonstellationen am Ende z. B. auch eine Malignomerkkrankung mit paraneoplastischer Rheuma-Symptomatik vorliegen, so dass Verdachts- wie auch Ausschluss-Diagnosen gestellt werden müssen. Dieser Umstand sollte hier Berücksichtigung finden.	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme DKG: Die Ermittlung der Mindestfallzahlen erfolgte unter Betrachtung der aktuell vorliegenden Daten und unter Einbezug der aktuellen Versorgungslandschaft. Dabei wurden die Diagnosen zugrunde gelegt, die die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises umfassen. Der Hinweis des VRA auf	GKV-SV/PatV/ LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Zur Schärfung der Mindestkriterien für Rheumazentren und des skizzierten Aufgabenprofils von Zentren sollte geprüft werden, inwieweit das Mindestkriterium „Drei Fachärzte für Rheumatologie in Vollzeit“ zusätzlich zu fordern ist.		die Verdachts-/Ausschlussdiagnosen wurde im Beschlussentwurf der DKG berücksichtigt. Der vorgeschlagenen Schärfung der Mindestkriterien kann seitens der DKG vor dem Hintergrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie derzeit nicht gefolgt werden.	

Absatz 5 (GKV-SV/DKG) / Absatz 4a (PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
9.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) – Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)	<u>zu Vorschlag PatV</u> Mindestfallzahlen Kinderrheumatologie: „Versorgung von mind. 200 Patienten, davon wenigstens 50 in stationärer Betreuung jährlich mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen als Hauptdiagnose und einem Alter unter 18 Jahren. Bei stationären Behandlungen als Folge einer rheumatologischen Erkrankung kann diese auch Nebendiagnose sein.“	Die Kinderrheumatologie hat in den letzten Jahrzehnten eine sehr starke Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich erfahren. Dieses ist im Sinne einer entwicklungsfördernden Integration der kranken Kinder in ihr soziales Umfeld von entscheidender Bedeutung. Daher ist die Beschränkung der Behandlung rheumatischer Kinder und Jugendliche auf das stationäre Umfeld undenkbar. Die in §2 genannten besonderen Aufgaben werden überwiegend für die (Weiter-)Betreuung ambulanter Patienten erfüllt. Dieser Situation sollte bei Festlegungen von Mindestfallzahlen Rechnung getragen werden.	GKV-SV: Vorschlag betrifft die PatV. Kein Änderungsbedarf LV: Kenntnisnahme DKG: Die von der DGKJ und der GKJR angesprochene Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten	GKV-SV/LV: Nein DKG: Ja Ergänzende Übernahme folgender Diagnose-Liste A69.2 Lyme Krankheit D76.1 Hämothrombozytäre Lymphohistiozytose F45. Chronische Schmerzstörung H20.0 akute Iridozyklitis H20.1 chronische Iridozyklitis

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
			Die Diagnosenlisten sind nicht deckungsgleich. Bezogen auf die ICD-10 Diagnosenliste der PatV sind zu ergänzen: A69.2 Lyme Krankheit D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose F45. Chronische Schmerzstörung H20.0 akute Iridozyklitis H20.1 chronische Iridozyklitis I37.1 Pericarditis I73.0 Raynaud Syndrom K50. Crohn Krankheit K51. Colitis ulcerosa L40.5 Psoriasis arthropathie L93.0 discoider Lupus erythematodes L94.1 Lineare Sklerodermie L95.6 Cutane Vaskulitis M00.90 Septische Arthritis M79. Panniculitis R05.9 Fieber A69.0 Familiäres Mittelmeerfieber / Fiebersyndrome neue ICD)	Bereich wird seitens der DKG insbesondere im Hinblick auf die beschriebenen positiven Effekte auf die erkrankten Kinder begrüßt. Die Notwendigkeit einer hochqualifizierten und reibungslosen Vernetzung der Sektoren wird anerkannt und ist durch geeignete Maßnahmen zu fördern. Die durch den Gesetzgeber beauftragte Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) beschränkt sich allerdings gemäß §2 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die stationäre Versorgung von Patienten, so dass diesem Teil des Vorschlags	I37.1 Pericarditi I73.0 Raynaud Syndrom K50. Crohn Krankheit K51. Colitis ulcerosa L40.5 Psoriasis arthropathie L93.0 discoider Lupus erythematodes L94.1 Lineare Sklerodermie L95.6 Cutane Vaskulitis M00.90 Septische Arthritis M79. Panniculitis A69.0 Familiäres Mittelmeerfieber unter : 5) Die Anforderungen der Absätze 1a, 1b und 4 sind nicht anzuwenden, sofern die folgenden Anforderungen erfüllt sind: a) Kinder- und Jugendmedizin im Zentrum b) stationäre Betreuung von jährlich mindestens 50 Fällen (Alter unter 18 Jahre) mit einer Diagnose aus folgender Liste: bitte einfügen PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussentwurfes (Ja / Nein)
				nicht gefolgt werden kann. Die Ergänzung der Diagnoseliste mit Ausnahme von ICD R05.9 „Fieber“ wird befürwortet.	
10.	Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA)	Zu Punkt b) der GKV-SV/PatV/KBV: Mit Nennung des Begriffs „Am Standort“ ergibt sich sowohl die Notwendigkeit, entsprechende Fachabteilungen in einem Radius von 2 km erreichbar zu haben, wie auch die Voraussetzung, dass die aufgelisteten Abteilungen in gleicher Trägerschaft wie die Fachabteilung für Rheumatologie geführt werden.	Die Versorgungswirklichkeit in Deutschland zeigt Beispiele einer hochqualitativen Patientenversorgung, wo hinzuzuziehende Fachabteilungen innerhalb von 30 Minuten erreichbar sind und nicht zwingend in gleicher Trägerschaft geführt werden. Eine Distanz bis max. 2 km kann in Städten Fahrzeiten von bis zu 30 Minuten auslösen. Daher möchten wir uns dafür einsetzen, die Definition „Am Standort“ durch „Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten“ zu ersetzen. Die zu erwartenden Zentrumszuschläge sollen für vorzuhaltende Ressourcen, z. B. einer Fachabteilung für Rheumatologie, genutzt werden, womit außerhalb des fallpauschalierten Entgeltsystems für akutstationäre Patienten auch für andere Krankenhäuser Versorgungsstrukturen u. a. vorgehalten werden. Die Kooperation mit anderen Fachabteilungen wie Kardiologie etc. erfolgt bereits über Absprachen zwischen Krankenhäusern auch unterschiedlicher Träger innerhalb des fallpauschalierten Entgeltsystems. Die zu erwartenden Zentrumszuschläge beziehen sich damit ausschließlich auf die möglicherweise zu erweiternden Organisationsstrukturen einer Fachabteilung für Rheumatologie. Aus dieser Argumentation ist die Verwendung des Begriffs „Standort“ an dieser Stelle nicht schlüssig.	GKV-SV: Der Vorschlag, den Standortbegriff und den Fachabteilungsbergriff für die Belange der rheumatologischen Zentren aufzuweichen und durch drei Fachärzte zu ersetzen, wird abgelehnt. Ein Zentrum ist mehr als der Zusammenschluss von drei Fachärzten gleicher Fachrichtungen. Die mitgelieferte Publikation „Neufassung der Strukturqualität der akutstationären Rheumatologie“ (Z Rheumatol 2011) belegt dann auch genau das, wenn es heißt: „Mit der hier beschriebenen	GKV-SV/LV: Nein PatV: s.o. Lfd Nr. 3

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusssentwurfes (Ja / Nein)
			Vorgeschlagen wird hier, dass zukünftige Rheumazentren im Einzelfall durch vertraglich festgelegte Kooperationen die Einbeziehung der unter § 1 (1b) geforderten „Strukturellen Anforderungen“ bei vorgenannter Sachlage ebenfalls erfüllen. Als weitere Begründung ist zu nennen, dass seit 2015 nur noch in wenigen Bundesländern Feststellungsbescheide für Fachabteilungen Innere Medizin verwendet werden. Vielmehr wird Krankenhausträgern das Fachgebiet Innere Medizin mit einem entsprechenden Bettenvolumen zugeordnet, was dazu führt, dass Krankenhausträger ihr Spektrum internistischer Fachabteilungen verändern und z. T. auch ausgliedern, was dann bei Einhaltung des Strukturkriteriums „Fachabteilungen am Standort“ den Wegfall dieses Mindestkriteriums bedingt und die Zentrumsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden können. Der Verband Rheumatologischer Akutkliniken hat erstmals 2002 und zuletzt 2011 Strukturkriterien erstellt, die das Rahmenkonzept einer akutstationären rheumatologischen Fachabteilung/Klinik beinhalten. Die nachstehend aufgeführten Kriterien eignen sich aus unserer Sicht auch zur Festlegung des strukturellen Rahmenkonzeptes rheumatologischer Fachabteilungen (s. Anlagen): 1. Mitglieder des VRA sind Träger von rheumatologischen Akutkliniken (Fachkrankenhäuser) und Krankenhäuser mit Abteilungen, die unter rheumatologischer Leitung stehen.	Kooperation mit anderen Fachabteilungen [sic] wird deutlich, dass rheumatologische Erkrankungen sich nicht ausschließlich auf das Bewegungssystem begrenzen, sondern alle Organsysteme, z. B. bei Vaskulitiden und Kollagenosen, betreffen können. Die enge Kooperation mit den entsprechenden Fachrichtungen ist für die Umsetzung einer hohen Behandlungsqualität eine wichtige Voraussetzung.“ Um genau diese enge Kooperation und damit für die Beratung anderer Kliniken am Standort sicher zu stellen ist die Regelung in der Fassung des GKV-Spitzenverbandes zielführend. Diese Qualität darf nicht durch den wohlgemeinten Versuch,	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusssentwurfes (Ja / Nein)
			2. Das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung für Rheumatologie wird von einem internistischen Rheumatologen geleitet mit einem hauptamtlichen Vertreter, der auch internistischer Rheumatologe sein muss. 3. Die Mitglieder erfüllen Standards, die an eine Einrichtung mit Weiterbildung im Schwerpunkt „Internistische Rheumatologie“ gestellt werden. Die Mitglieder des VRA nach Nr. 1 halten diese für mindestens 24 Monate vor (es gelten die jeweils gültigen Weiterbildungs Voraussetzungen der zuständigen Ärztekammern). 4. Die akut-rheumatologische Behandlung erfordert die Versorgung von Rheumapatienten unter ärztlich rheumatologischer Aufsicht zu jeder Tageszeit. 5. Die Mitglieder des VRA haben strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen, welche die stationäre Betreuung von mehr als 500 Rheumapatienten jährlich mit differenziertem Diagnosespektrum ermöglichen. Der Anteil mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße soll hierbei mehr als 50 % der jährlich betreuten Patienten ausmachen. 6. Der multidisziplinäre Behandlungsansatz im akut-stationären Bereich der Rheumatologie erfordert den Einsatz eines fachärztlich geleiteten therapeutischen Teams, bestehend aus: • Ärzten (Facharzt mit Schwerpunkt Rheumatologie) in Verbindung mit Fachärzten anderer Schwerpunkte und im Anschluss an die intensivmedizinische Versorgung	vor dem Hintergrund der schwierigen Versorgungssituation in der Rheumatologie, jede rheumatologische Einrichtung zum Zentrum zu erklären, gefährdet werden. Mit der Abkehr vom Standortprinzip wird der Referenzrahmen aller Mindestmengen erweitert. Die Übernahme einer 30 Minuten Fahrzeitgrenze würde es erlauben die Fallzahlen aller Kliniken in fast 25km Umkreis einzubringen. Dies ist nicht akzeptabel, weil die Qualität am Standort dann nicht mehr belegt ist. DKG: Kenntnisnahme PatV: s.o. LV:	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusentwurfes (Ja / Nein)
			• Pflegekräften • Physiotherapeuten • Ergotherapeuten – Psychologen – sowie optional Ernährungs- und Sozialberatern 7. Die enge Kooperation mit anderen Fachabteilungen und deren Wissensschwerpunkten, u. a. im Bereich Kardiologie, Pulmonologie, Nephrologie, ist notwendig. Jede internistisch-rheumatologische Akutklinik sollte eine enge Kooperation mit einer rheumaorthopädischen Fachklinik pflegen. 8. Die Mitglieder des VRA verpflichten sich, ambulante Behandlungsmöglichkeiten zu fördern und zu unterstützen. 9. Für Universitätskliniken, die sich der rheumatologischen Versorgung widmen, rheumatologische Aus- und Weiterbildung betreiben und in Forschung und Lehre tätig sind, gelten die Strukturkriterien als erfüllt.	Standort- und Fachabteilungsdefinition sollte nicht für einen Bereich aufgehoben werden.	

§ 2 Besondere Aufgaben

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
11.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	hier eine Grundlage für die Indikationsstellung und das weitere Management.		GKV-SV: Kein Änderungsvorschlag. Kein Änderungsbedarf DKG/PatV/LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/PatV/LV: Nein

Nummer 1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
12.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) – Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)	<u>Änderungsvorschlag:</u> „Interdisziplinäre rheumatologische Fallkonferenzen für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. „Kinderrheuma-Boards“) mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als konsiliarische Dienstleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.“	Die ambulanten Patienten sollen unbedingt in die besonderen Aufgaben mit aufgenommen werden. Denn hier werden ja in den interdisziplinären Besprechungen gerade auch Patienten besprochen, die entweder noch nicht stationär waren (zur Planung) oder anschließend ambulant weiter betreut werden. Es handelt sich um chronische Erkrankungen, bei denen die Weiterbehandlung im ambulanten Setting mindestens so wichtig ist wie die (Akut-)Behandlung im stationären Bereich. Gerade dafür sind die interdisziplinären Konferenzen unabdingbare Steuerungsinstrumente.	GKV-SV: Die Ausweitung der besonderen Aufgaben auf ambulante Patienten wird abgelehnt, da es hierfür keine Rechtsgrundlage gibt. Der Anwendungsbereich des KHEntgG erstreckt sich auf voll- und teilstationäre Leistungen der DRG-Krankenhäuser (§ 1 Abs. 1 KHEntgG). Zudem stellt der Gesetzgeber in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG klar, dass es sich bei der besonderen Aufgabe um eine Aufgabe für die stationäre Versorgung von Patienten handeln muss: „4. die besonderen Aufgaben von Zentren und	GKV-SV/ PatV/KBV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten [...]“ Ambulante Leistungen sind folglich nicht in die Finanzierung der besonderen Aufgaben einzubeziehen. Hier sei auch die Rechtsprechung des BVerwG vom 22.05.2014 erwähnt, die besagt: „Ambulante Leistungen sind nicht nach § 5 Abs. 3 KHEntgG zuschlagsfähig“ (Urteil des BVerwG vom 22.05.2014, 3 C 9.13, Rdnr. 38). DKG/LV: Die von der DGKJ und der GKJR enge Vernetzung von stationärem und ambulantem Bereich wird seitens der DKG insbesondere im Hinblick auf die beschriebenen positiven Effekte auf die erkrankten Kinder begrüßt. Die durch den Gesetzgeber beauftragte Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) beschränkt sich allerdings gemäß § 2 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die stationäre Versorgung von Patienten	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				PatV: Die Berücksichtigung sektor-übergreifender Strukturen wäre aus Patientenperspektive sinnvoll, hierfür fehlt jedoch der erforderliche gesetzliche Auftrag. KBV: Derzeit sieht der Gesetzgeber keine Finanzierung von besonderen Leistungen für ambulante Patienten vor. Um dennoch den von der DGKJ und GKJR zurecht geforderten Wissenstransfer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu unterstützen schlägt die KBV in ihrem Regelungstext die Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen bei stationären Patienten unter Beteiligung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vor.	

Nummer 4 (GKV-SV/PatV) / Nummer 7 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
13.	Deutsche Gesellschaft für Gastroentero-	Im Vorschlag der GKV sind die Informationen zu der Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Rheumatologie,	Rheumatologische Krankheiten und ihre Komorbiditäten manifestieren sich sehr häufig	GKV-SV: s.o. lfd. Nr. 1	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	logie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Kardiologie, Nephrologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie um die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Gastroenterologie zu erweitern.	nicht nur an den im Beschlussentwurf genannten Organsystemen, sondern auch am Gastrointestinaltrakt und erfordern daher eine spezifische Diagnostik und Therapie durch das Fachgebiet Gastroenterologie. Siehe hierzu auch die Liste der Hauptdiagnosen in der Begründung zum Änderungsvorschlag zu §1 Qualitätsanforderungen (Absatz 1) oben.	DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: s.o.	PatV: s.o. Lfd Nr. 1
14.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ursprungstext: „... – Anzahl der im Zentrum...Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie (soweit....“ Änderungsvorschlag: „...Orthopädie, Unfallchirurgie und Human-genetik (soweit....“ Ursprungstext: „...- Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für....“ Änderungsvorschlag: „...- Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten interdisziplinären Fallkonferenzen für....“	s.o. Verstärkt die gemeinsame Betreuung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern	GKV-SV: s.o. lfd. Nr. 5 DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: s.o.	GKV-SV/LV: Nein PatV: s.o.

I. Anlage 5 – Anforderungen an Herzzentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK e.V.)	<u>zu den Tragenden Gründen</u> 2.11.1.1.6 GKV-SV fordert, dass erneut Herzzentren Patienten aller Altersstufe, also auch pädiatrische Patienten versorgen und hier die einschlägigen Qualitätsstandards erfüllen. Hier sollten die pädiatrische Herzversorgung nicht zwingend gefordert werden Tragende Gründe 2.11.2.2 Der GKV-SV fordert, dass bei Fortbildungsveranstaltungen keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Dieser Passus ist zu streichen. Tragende Gründe 2.11.2.7 Der GKV-SV fordert, dass ein ECLS-Transportdienst nur noch von Herzzentren angeboten werden darf. Dieser Passus ist zu streichen	In vielen Zentren ist die pädiatrische Versorgung Teil der Pädiatrie, jedoch nicht Teil des Herzzentrums, da dort insbesondere Probleme der Neonatologie besser abgebildet sind. Eine solche Forderung würde der Struktur vieler pädiatrischer Zentren und vieler Herzzentren widersprechen. Die Formulierung der DKG ist hier besser; hier werden diese Standards nur gefordert, wenn tatsächlich Jugendliche im Herzzentrum versorgt werden, was jedoch nicht zwingend gefordert ist. Gegen eine Fremdfinanzierung ist nichts einzuwenden, solange sie offengelegt wird. Dies ist gängige Praxis. Es muss jedoch auf Neutralität geachtet werden. Insbesondere bei speziellen Device-Therapien, können Fortbildungen ohne Fremunterstützung gar nicht stattfinden. Diese Forderung widerspricht der gängigen Praxis und würde die Versorgungssituation in manchen Regionen, die wo dies aktuell auf hohem Niveau angeboten wird, wo jedoch in	GKV-SV: Zu 2.11.1.1.6 Ein Zentrum im Sinne dieser Regelung liegt vor, wenn ein Krankenhaus aus anderen, ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich heraussticht, weil es eine außergewöhnliche Expertise und außergewöhnliche technische Angebote an einem Standort bündelt. Das Zentrum stellt diese besondere Expertise anderen stationären Leistungserbringern in seinem Netzwerk durch die Wahrnehmung besonderer Aufgaben zur Verfügung. Die herausragende Qualifikation der Herzzentren im Sinne dieser Regelung besteht in ihrer Kompetenz, Patientinnen und Patienten jeder Altersstufe versorgen zu können. Die Vorhaltung der im GKV-SV Vorschlag beschriebenen Fachabteilungen erlaubt den Herzzentren unabhängig vom Lebensalter des Patienten jederzeit beratend tätig zu werden. Folg-	GKV-SV: Nein GKV-SV: Nein GKV-SV: Ja Anlage V § 2 Nr. 6 wird gestrichen. PatV: Ja LV: 2.11.1.1.6: Ja 2.11.2.2: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			absehbarer Zeit kein den Definitionen entsprechendes Herzzentrum besteht, dramatisch verschlechtern.	lich ist auch die Kinderherzversorgung von diesem Konzept umfasst. Die Regelversorgung von Patienten mit Herzerkrankungen bleibt von den Zentrumsregelungen des G-BA unberührt. Zu 2.11.2.2 Über Zentrumszuschläge vergütete Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen dürfen nicht zusätzlich über Sponsoring finanziert werden. Dem Zentrum ist es weiterhin möglich, zusätzlich auch fremdfinanzierte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen anzubieten. Eine Doppelvergütung für eine Veranstaltung ist auszuschließen. Zu 2.11.2.7 Die Fachgesellschaft führt aus, dass der ECLS-Transportdienst nicht als besondere Aufgabe an Herzzentren konzentriert werden sollte mit der Begründung, dass andernfalls die flächendeckende Versorgung gefährdet sei. Der Forderung wird Rechnung getragen, indem § 2 Nr. 6 gestrichen wird. DKG: Vermutlich ist bei der Bezugnahme auf die Tragenden	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Gründe 2.11.1.1.6 ein Fehler unterlaufen. Inhaltlich wird die Ablehnung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen als verpflichtende Qualitätsanforderung für die Ausweisung eines Herzzentrums zustimmend zur Kenntnis genommen. Seitens der DKG wird dies ebenfalls ausdrücklich abgelehnt. DKG: Vermutlich fehlerhafte Bezugnahme auf Tragende Gründe 2.11.2.7: Inhaltlich Kenntnisnahme PatV: Zustimmung: Es macht keinen Sinn, dass alle Herzzentren auch Kinder mit angeborenen Herzfehlern versorgen. Aktuell gibt es ca. 80 Herzzentren, von denen 20 kinderherzchirurgische Operationen durchführen. Das erscheint für die Kinder absolut ausreichend. Allerdings werden aktuell häufig aufgrund des Pflegenotstands Intensivbetten für Kinder geschlossen, woran dringend gearbeitet werden muss Thema für 2020?). Letztlich hält die PatV sogar eine Zentralisierung auf ca. 15 kinderherzchirurgische Zentren	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				sinnvoll, damit auch bei Kindern mit selteneren Herzfehlern eine ausreichende Expertise vorliegt PatV: Zustimmende Kenntnisnahme Wenn Interessenkonflikte offengelegt werden und neutral informiert wird, spricht nichts gegen Fremdfinanzierung, zumal Fortbildungen ohne diese teils nicht stattfinden könnten. PatV: Zustimmung Die GKV-SV-Forderung betrifft den Idealfall und ist weit von der – offenbar funktionierenden – Realität entfernt. LV: Zu 2.11.1.1.6 Pädiatrische Herzversorgung sollte nicht zwingend gefordert werden. Zu 2.11.2.2 Über Zentrumszuschläge vergütete Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen dürfen nicht zusätzlich über Sponsoring finanziert werden. Zu 2.11.2.7 Kenntnisnahme	
2.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer		GKV-SV: Kenntnisnahme, kein konkreter Änderungsvorschlag DKG/LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.		PatV: eingeschränkte zustimmende Kenntnisnahme Wenn Kinder in einem Herzzentrum behandelt werden, gilt die Kinderherzchirurgische Richtlinie; darin ist eine ganzheitlich orientierte Behandlung u.a. durch Personalvorgaben im psychosozialen Bereich geregelt. Die optimale medizinische Behandlung muss allerdings im Vordergrund stehen	
3.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz und Gefäßchirurgie (DGTHG)	Der Begriff „Herzzentrum“ ist bislang in Deutschland nicht eindeutig definiert, wodurch es gegenwärtig in „Herzzentren“ eine große Spannweite bezüglich des Patienten- und somit Versorgungsspektrums gibt. Daher erscheint zunächst eine differenzierte Definition eines „Herzzentrum“ an Hand von Personal, Prozessen und Strukturen, ergänzt um eine Kategorisierung (z.B. Stufenregelungen), notwendig. Anhand derer könnten dann die besonderen Aufgaben besser konkretisiert werden.	Der Begriff „Herzzentrum“ wird in Deutschland gegenwärtig in den meisten Fällen mit dem Vorhandensein der beiden Fachabteilungen Kardiologie und Herzchirurgie, in ca. 20 Zentren zusätzlich Kinderkardiologie, assoziiert. Hierdurch werden bereits die Bedeutung der krankenhausinternen Zusammenarbeit der herzmedizinischen Fachgebiete, aber auch die vielfältigen externen Kooperationen besonders hervorgehoben. In dem vorliegenden Entwurf wird der Begriff des „Herzzentrums“ im Sinne § 136c Absatz 5 SGB V verwendet, um eine Definition aus der Perspektive der Wahrnehmung von besonderen Aufgaben zu generieren. Dabei werden zwar einige nachvollziehbare Qualitätsanforderungen und Vorgaben genannt, die jedoch nicht alle besonderen Aufgaben umfassen (z.B. Versorgung von Patienten mit akuten/chronischen Aortenerkrankungen, oder primären und sekundären Herztumoren) und in Anbetracht der Komplexität der	GKV-SV: Kenntnisnahme Es ist nicht Auftrag des G-BA, den Begriff Herzzentrum allgemeingültig zu definieren. Im Rahmen der Regelungen des G-BA werden Qualitätsanforderungen an Herzzentren, die besondere Aufgaben übernehmen, festgelegt. Besondere Aufgaben sind insbesondere krankenhausübergreifende Aufgaben, nicht jedoch Aufgaben der Regelversorgung von Patienten mit Herzerkrankungen. Positiv nehmen wir zur Kenntnis, dass die Qualität der Kinder-Kardio-Medizin aus Sicht der DGPK von der engen Kooperation und räumlichen Einheit mit der Herzchirurgie und	GKV-SV/LV/ PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Patientenversorgung zudem präzisierungswürdig erscheinen. Daher sollten zunächst transparente, differenzierte und ohne großen Aufwand überprüfbare Kriterien für ein „Herzzentrum“ unter Berücksichtigung der bereits vorliegenden Vorgaben erstellt werden. Ferner sollte klargestellt werden, dass der gegenwärtig bereits von ca. 80 Einrichtungen in Deutschland verwendete Begriff „Herzzentrum“ weiterhin von diesen verwendet werden kann, auch wenn diese nicht alle besonderen Aufgaben im Sinne dieses Entwurfes erfüllen. Inwieweit eine Bezeichnung als „Zentrum“ nach den hier zu definierenden Kriterien gesondert kenntlich gemacht werden kann, gälte es noch festzulegen.	Kardiologie in den 20 Zentren erheblich profitiert. Diese besondere Kompetenz der 20 kombinierten Zentren sollte in Form der besonderen Aufgabenwahrnehmung den anderen 60 Herzzentren bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden. Da sich der Aufbau solcher Beratungsstrukturen nur dann lohnt, wenn es auch mehrere Netzwerkpartner gibt, die diese Beratungsleistungen in Anspruch nehmen, erscheint das Verhältnis von 20 Zentren im Sinne dieser Regelung im Verhältnis zu 60 Netzwerkpartnern ausreichend. DKG/LV: Die vorliegenden Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) haben zu gewährleisten, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen des SGB V finanziert werden. Die Vereinbarung von Zuschlägen setzt die Zuweisung von besonderen Aufgaben	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				durch die Landesplanungsbehörde nach § 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG voraus. PatV: Kenntnisnahme Eine klare Definition für ein Herzzentrum ist wichtig. Dabei muss differenziert werden zwischen Herzzentren mit (ca. 20) und ohne (ca. 60: 80 – 20) kinderherzchirurgische Behandlung. Es müssen und sollen nicht alle Kinderherzzentren alle komplexen Herzfehler behandeln und Transplantationen durchführen. Eine Spezialisierung von Kinderherzzentren trägt nach PatV-Erfahrungen zur Verbesserung der Versorgung bei.	

Absatz 1 Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen (GKV-SV/KBV/PatV) / Allgemeine strukturelle, besondere personelle und fachliche Anforderungen (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
4.	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.	Bei den Qualitätsanforderungen berücksichtigt keine der Varianten die Radiologie als beteiligte Fachabteilung. Aus Sicht der DRG sollte die bildgebende Diagnostik in Herzzentren	Die bildgebende Diagnostik von Herz und großen Gefäßen erfordert fundierte Kenntnisse in der konventionellen Radiologie, der Computertomographie und der Kernspintomographie, die nur durch Fachärzte für Radiologie	GKV-SV: Die Tätigkeit von Zentren stellt vorwiegend auf die Erbringung von beratenden Leistungen für andere Krankenhäuser ab. Die	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		tren durch Radiologen erfolgen, die ihre Qualifikation durch eine Zertifizierung als DRG-Zentren für Kardiovaskuläre Bildgebung nachgewiesen haben.	sichergestellt werden kann. Die Radiologie sollte integraler Bestandteil der Herzzentren sein, da an vielen anderen Stellen (Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V oder DGK zertifizierte Chest Pain Units) die Verfügbarkeit radiologischer Leistungen zwingend gefordert wird.	Tätigkeit der Radiologen stellt eine patientennahe Leistung da, in diesem Fall nicht zwischen Anbietern der Spitzenmedizin und der Regelversorgung differenziert. Die Deutsche Röntgengesellschaft fordert eine Zertifizierung von Herzzentren als DRG-Zentrum für kardiovaskuläre Bildgebung. Der G-BA kann seine Regelungskompetenz nicht an Dritte übertragen, deswegen ist ein direkter, dynamischer Verweis auf Zertifikate nicht möglich. Eine qualitativ hochwertige radiologische Diagnostik ist für Herzzentren wichtig, sollte aber kein Kernkriterium sein, weil für Herzzentren im Sinne dieser Regelung die kardiologische und kardiologische Expertise auswahlbestimmend sein sollten. DKG/LV: Die Patientenversorgung in Herzzentren erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher medizinischer Fachgebiete. Die Mitwirkung entsprechend qualifizierter Radiologen ist unverzichtbar und im klinischen Alltag eine Selbstverständlichkeit. Die Festle-	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				gung von Qualitätsanforderungen wird vom Gesetzgeber an ihre Erforderlichkeit geknüpft. Dabei darf es sich nicht um Aufgaben handeln, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen des SGB V finanziert werden. PatV: Hierzu können wir keine Würdigung abgeben.	

Absatz 1 a

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
5.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK e.V.)	1) Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen: a) Hier ist von der GKV-SV/KBV/PatV im Gegensatz zur der DKG eine Einbindung von Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie vorgeschlagen. Dies sollte für Herzzentren keine Voraussetzung sein, da der allergrößte Anteil der Herzpatienten Erwachsene sind und keine angeborene Herzerkrankung haben. Hier ist die Anforderung der DKG mit Vorhandensein einer Herzchirurgie und Kardiologie im Klini-	In vielen Zentren ist die pädiatrische Versorgung Teil der Pädiatrie, jedoch nicht Teil des Herzzentrums, da dort insbesondere Probleme der Neonatologie besser abgebildet sind. Eine solche Forderung würde der Struktur vieler pädiatrischer Zentren und vieler Herzzentren widersprechen.	GKV-SV: Ein Zentrum im Sinne dieser Regelung liegt vor, wenn ein Krankenhaus aus anderen, ansonsten vergleichbaren Leistungserbringern der Spitzenmedizin deutlich heraussticht, weil es eine außergewöhnliche Expertise und außergewöhnliche technische Angebote an einem Standort bündelt. Das Zentrum stellt diese besondere Expertise anderen stationären Leistungserbringern in seinem	GKV-SV: Nein PatV: Ja (s.o., S. 1)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		kum eine gute Option, die die optimale Versorgung von Erwachsenen mit Herzerkrankung beinhaltet. Allerdings kann der Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV für ein „Spezialzentrum“ Kinderherzmedizin und Patienten mit angeborenen Herzerkrankungen (EMAH) als Subspezialität diskutiert werden, sollte aber nicht die Grundvoraussetzung für die Etablierung eines Herzzentrums darstellen.		Netzwerk durch die Wahrnehmung besonderer Aufgaben zur Verfügung. Die herausragende Qualifikation der Herzzentren im Sinne dieser Regelung besteht in ihrer Kompetenz, Patientinnen und Patienten jeder Altersstufe versorgen zu können. Die Vorhaltung der im GKV-SV Vorschlag beschriebenen Fachabteilungen erlaubt den Herzzentren unabhängig vom Lebensalter des Patienten jederzeit beratend tätig zu werden. Folglich ist auch die Kinderherzversorgung von diesem Konzept umfasst. Die Regelversorgung von Patienten mit Herzerkrankungen bleibt von den Zentrumsregelungen des G-BA unberührt. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: (s.o., S. 1) PatV: Zustimmung (s.o., S. 1) Spezialzentrum Kinderherzmedizin und EMAH als Subspezialität ist im Sinne der PatV, ist aber nicht an jedem Herzzentrum und auch nicht an jedem Kinderherzzentrum notwendig.	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				LV: Pädiatrische Herzversorgung sollte nicht zwingend gefordert werden.	
6.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	Fachabteilungen für „Kinderherzchirurgie“ existieren bislang nicht. Vielmehr handelt es sich zumeist um eine Fachabteilung für Herzchirurgie mit besonderen Merkmalen. Die „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL)“ beschreibt diesbezüglich weitgehend die erforderlichen Merkmale zu Personal, Prozessen und der Infrastruktur, die durchaus als Grundlage für eine Weiterentwicklung geeignet sind. Dadurch haben sich auch ohne Definition an vielen Standorten (ca. 20) bereits Kinderherzzentren mit den Fachrichtungen Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie etabliert, die in räumlicher Einheit (aber getrennter Struktur) mit Einrichtungen mit Herzchirurgie und Kardiologie arbeiten. Aus Sicht der DGPK hat die Qualität der Kinder-Kardio-Medizin davon erheblich profitiert. Eine Festlegung, dass zukünftig jedes Herzzentrum auch Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie vorhalten muss, um besondere Vergütungen zu erhalten, könnte jedoch Fehlreize an Leistungserbringer setzen, die Zahl von „Kinderherzzentren“ in Deutschland zu vergrößern.	Zur Versorgung der Bevölkerung werden möglicherweise mehr Herzzentren als Kinderherzzentren benötigt, was sich aus den doch sehr unterschiedlichen Fallzahlen ergeben könnte.	GKV-SV: Es wird dem Vorschlag der Fachgesellschaft gefolgt und auf eine Fachabteilung für Kinderherzchirurgie verzichtet, da die Anforderungen an herzchirurgische Eingriffe bei Kindern hinreichend in der „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL)“ definiert sind. Positiv nehmen wir zur Kenntnis, dass die Qualität der Kinder-Kardio-Medizin aus Sicht der DGPK von der engen Kooperation und räumlichen Einheit mit der Herzchirurgie und Kardiologie in den 20 Zentren erheblich profitiert. Diese besondere Kompetenz der 20 kombinierten Zentren sollte in Form der besonderen Aufgabenwahrnehmung den anderen 60 Herzzentren bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden. Da sich der Aufbau solcher Beratungsstrukturen nur dann lohnt,	GKV-SV: Ja, Anlage V § 1 Abs. 1 Buchst. A wird wie folgt geändert: „(1) Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen a) Vorhaltung der Fachabteilungen Herzchirurgie, Kardiologie und Kinderkardiologie,“ PatV: Ja (s.o. ,Zeile 1)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				wenn es auch mehrere Netzwerkpartner gibt, die diese Beratungsleistungen in Anspruch nehmen, erscheint das Verhältnis von 20 Zentren im Sinne dieser Regelung im Verhältnis zu 60 Netzwerkpartnern ausreichend. DKG: Kenntnisnahme PatV: Absolute Zustimmung (s.o., Zeile 1) PatV: zustimmende Kenntnisnahme-Kinder-Kardio Medizin profitiert von Zusammenschluss. PatV: zustimmende Kenntnisnahme Fehlanreize müssen vermieden werden; wir brauchen keine weiteren Kinderchirurgische Zentren! LV: Pädiatrische Herzversorgung sollte nicht zwingend gefordert werden.	
7.	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz und Gefäßschirurgie	a) eine Fachabteilung für „Kinderherzchirurgie“ existiert bislang nicht.	Vielmehr handelt es sich zumeist um eine Fachabteilung für Herzchirurgie mit besonderen Merkmalen. Die „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung	GKV-SV: s.o. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: s.o. PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	urgie (DGTHG)		bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL)“ beschreibt diesbezüglich weitgehend die erforderliche Merkmale zu Personal, Prozessen und der Infrastruktur, die durchaus als Grundlage für eine Weiterentwicklung geeignet sind.	PatV: Zustimmung Wo Kinder behandelt werden, muss die entsprechende Richtlinie gelten. Entspricht DKG-Position in Anlage V, 1c, S. 76 BE	

Absatz 1 b

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
8.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufrorschung e. V. (DGK e.V.)	b) Hier ist die Anforderung des GKV-SV/KBV/PatV mit Vorhalten einer dezidierten Expertise in der Behandlung von Herzrhythmusstörungen mittels Katheterablation (Elektrophysiologie) und kardialer Devices (Schrittmacher/ICD) zu unterstützen, da eine zunehmende Anzahl von Patienten mit Herzrhythmusstörungen in der Herzmedizin auftreten und nur mittels interventioneller, elektrophysiologischer Verfahren eine effektive Therapie sinnvoll durchführbar sind. Beispielsweise sind die effektive Vorhofflimmer-Ablation bei Herzinsuffizienzpatienten oder die Therapie von Kammerarrhythmien bei Patienten mit struktureller Herzerkrankung hier zu nennen. Auch beinhaltet die effektive Herzinsuffizienz-Therapie häufig die Behandlung mit Schritt-		GKV-SV: Die Vorhaltung eines Herzkatheterlabors und die Möglichkeit zur Implantation von Herzunterstützungssystemen sind im GKV-SV Vorschlag an anderer Stelle verortet (vgl. Anlage V § 1 Abs. 1 Buchst. d und Abs. 2). Die Vorhaltung eines Hybrid-OPs wird als Qualitätsanforderung deutlicher hervorgehoben, wenngleich diese Anforderung im GKV Vorschlag bereits über § 1 Abs. 1 Buchst. e (MHI-RL) abgedeckt ist.	GKV-SV: Ja, Anlage V § 1 Abs. 1 Buchst. b wird wie folgt geändert: „Vorhaltung eines kardiologischen Elektrophysiologielabors, Möglichkeit zur Ablation von komplexen ventrikulären Tachykardien und Vorhaltung eines Hybrid-OPs.“

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		machern/ICDs, die eine Domäne der Elektrophysiologie/ Rhythmologie darstellt. Von der DKG werden hier Katheterlabor, Herzunterstützungssysteme sowie Hybrid-OPs empfohlen, was ebenfalls sinnvoll und notwendig erscheint, um unter anderem die zunehmende Anzahl der Patienten mit Herzschwäche mittels Katheter- und Klappeninterventionen sinnvoll zu behandeln. Ein wesentlicher Punkt, der innerhalb eines Herzzentrums gefordert werden sollte, ist die Etablierung eines multidisziplinären Herzteams, bestehend aus interventionellen und Herzinsuffizienz-spezialisierten Kardiologen, Elektrophysiologen und Herzchirurgen. Hier sei insbesondere auf die unterschiedlichen Zertifizierungsprozesse innerhalb der DGK hingewiesen (Curricula Interventionelle Kardiologie, Herzinsuffizienz, Elektrophysiologie sowie Zentren („Heart failure Unit“ (s.u.), künftig ggf. „Cardiac Arrest Center“, TAVI-Zentrum, VHF-Zentrum etc.), die relevanter Bestandteil der Entwicklung eines Herzzentrums unter Einhaltung der qualitäts-relevanten Parameter sein sollten.	Nur innerhalb dieses Teams können komplex- kranke Herzpatienten effektiv und optimiert behandelt werden, was eine absolute Anforderung an ein Herzzentrum darstellt. Die Ausgestaltungen der Zertifizierungen, können Sie im Detail unserer Homepage entnehmen: https://dgk.org/zertifizierung/ http://curricula.dgk.org/	Die Vorhaltung eines multidisziplinären Herzteams ist Bestandteil der Anforderungen unter § 1 Abs. 1 Buchst. e (MHI-RL) des GKV Vorschlags. DKG: Kenntnisnahme, Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit s.a. Tragende Gründe 2.12.1.1.1 und folgende PatV: siehe nächste Zeile LV: Kenntnisnahme	DKG/PatV/LV: Nein
9.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	In Kinderherzzentren müssen an Elektrophysiologielabore und OPs für Schrittmacher-/ICD-Implantationen sowie Mappingsysteme besondere kinderspezifische Anforderungen gestellt werden. Ob jeder Standort eine eigene invasive Kinder-Rhythmologie benötigt, ist durch Zahlen bisher nicht belegt. Ein designierter OP ausschließlich für SM/ICD Implantationen ist hingegen nicht notwendig, da diese Eingriffe in standardisierten OP-Sälen durchgeführt werden und nur in wenigen	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und benötigen spezifische Untersuchungsbedingungen.	GKV-SV: Kenntnisnahme Mit Blick auf die unmittelbare Patientenversorgung ist den Ausführungen der Fachgesellschaft zuzustimmen, dass kinderspezifische Anforderungen an die Strukturen und die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses zu stellen sind.	GKV-SV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Fällen (z.B. SM-/ICD Eingriffe mit Standby oder mit EKZ-Anwendung) eine spezielle Ausstattung benötigen.		Da es bei den besonderen Aufgaben jedoch vorrangig um Beratungsleistungen für andere Krankenhäuser geht, wird hier auf Detailregelungen zur unmittelbaren Patientenversorgung vor Ort verzichtet. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: zustimmende Kenntnisnahme Kinderspezifischen Anforderungen bzgl. Elektropsychologie und Schrittmacher-(ICD-Implantation müssen in den Kinderherzchirurgischen Zentren vorgehalten werden. Alles, was in der vorherigen Zeile unter „Inhalt“ gelb markiert ist, muss auch in einem Kinderherzchirurgischen Zentrum vorgehalten werden.	
10.	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz und Gefäßchirurgie (DGTHG)	b) Ein designierter OP ausschließlich für SM/ICD Implantationen ist weder notwendig, noch zielführend, da diese Eingriffe in standardisierten OP-Sälen durchgeführt werden und nur in wenigen Fällen (z.B. SM-/ICD Eingriffe mit Standby oder mit EKZ-Anwendung) eine spezielle Ausstattung benötigen.		GKV-SV: Dem Vorschlag der Fachgesellschaft wird gefolgt. Siehe auch Lfd. Nr. 4 DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Eher zustimmende Kenntnisnahme, aber das können wir nicht so gut beurteilen.	GKV-SV: Ja, Anlage V § 1 Abs. 1 Buchst. b wird wie folgt geändert: „Vorhaltung eines kardiologischen Elektrophysiologielabors, Möglichkeit zur Ablation von komplexen ventrikulären

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
					Tachykardien und Vorhaltung eines Hybrid-OPs.“

Absatz 1 c (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
11.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	Ergänzend zu den im Entwurf enthaltenen Formulierungen müssen in Kinder- und EMAH-Herzzentren in den Heart-Failure-Units Strukturen bestehen, die sicherstellen, dass bei Kindern und EMAH-Patienten entsprechend qualifizierte Kinder- und EMAH-Kardiologen in die Behandlung einbezogen werden.	Kinder und Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern entwickeln im Krankheitsverlauf häufig eine Herzinsuffizienz, deren Ursachen, Symptome, und Verlauf meist atypisch sind und für deren erfolgreiche Behandlung die Einbeziehung der entsprechenden Spezialisten regelmäßig unerlässlich ist.	GKV-SV: Kenntnisnahme Die Vorhaltung einer Kinderkardiologin oder eines Kinderkardiologen mit der Zusatzqualifikation EMAH-Kardiologe ist im GKV Vorschlag unter § 1 Abs. 3 festgelegt. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: zustimmende Kenntnisnahme Herzinsuffizienz bei Kindern ist nicht vergleichbar mit Herzinsuffizienz bei Erwachsenen. Daher müssen entsprechende Spezialisten einbezogen werden.	GKV-SV/PatV: Nein

Absatz 1 d (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
12.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufrorschung e. V. (DGK e.V.)	d) Der Vorschlag des GKV-SV ist unbedingt einzubinden, Die GKV-SV erwähnt ausdrücklich (in den Tragenden Gründen) das DGK -Konzept der zertifizierten CPU und fordert, dass ein Herz-zentrum eine solche betreibt. Dies ist zu begrüßen. Ergänzend hierzu möchten wir 2 Punkte an-merken: 1) Zu beachten wäre in der Strukturierung der Triage, dass bei erkennbar akut kardiologi-schen Patient*innen diese direkt der CPU zu-geführt werden 2) Bei einer Anzahl von mehr als 4 Überwa-chungsplätzen, sollten mind. 2 Pflegekräfte vorgehalten werden,	da hierdurch eine breite, hoch qualitative Ver-sorgung der häufigsten Herzerkrankungen ge-währleistet werden kann. Die DGK-Zertifizie-rung der CPU sollte sinnvoll unterstützt wer-den. Ad 1), um nicht Zeit im administrativen Teil der ZNA zu verbringen, die beim Patienten / der Patientin unter Umständen große Unter-schiede im Erfolg der Behandlung ausma-chen. Ad 2) andernfalls sind Personalengpässe nicht auffangbar.	GKV-SV: Kenntnisnahme Da es bei den besonderen Auf-gaben von Zentren nicht um die unmittelbare Notfallversorgung von Herzpatienten geht und sich die besonderen Aufgaben i.d.R. auf Patienten anderer stationärer Leistungserbringer beziehen, ist hier auf die Defini-tion von Anforderungen an die Triage und die pflegerische Versorgung zu verzichten. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: zustimmende Kenntnisnahme Gerade Kinder leiden häufiger unter Thoraxschmerzen. Hier muss die Möglichkeit vorgehal-ten werden, dies qualifiziert (d.h. bei Verdacht auf kardiolo-gische Ursachen zügig und mit genügend Personal, s.u. links in türkis) in einer zertifizierten CPU abzuklären.	GKV-SV/PatV: Nein

Absatz 1 e (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
13.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislauferforschung e. V. (DGK e.V.)	Es existiert eine klare Korrelation zwischen Quantität und Qualität vieler kardiologischer Interventionen. Mindestmengen stellen eine einfach zu kontrollierende Forderung, die andererseits durchaus einige Probleme wie unklare Definition (z.B. per Untersucher/Operateur oder per Zentrum), fehlende wissenschaftliche Untermauerung und mögliche Fehlanreize beinhalten. Deshalb sollten geforderte Mindestmengen moderat gewählt werden und sich an den geforderten Zahlen der DKG orientieren.	Mindestmengen können problematisch werden, da erstens die Evidenz für solche Zahlen schwer zu ermitteln ist und sie evtl. einen Fehlanreiz für Zentren, die diese Mengen knapp unterschreiten, darstellen könnten.	GKV-SV: Kenntnisnahme Festzuhalten ist, dass es in der Regelung ausdrücklich <u>nicht</u> um die Festlegung von Mindestmengen für einzelne Leistungen mit dem Ziel der Qualitätssicherung geht. Es geht bei der Festlegung von Mindestfallzahlen um eine Bündelung mehrerer einzelner Leistungsbestandteile eines Zentrums, die in ihrer Gesamtheit die herausragende fachliche Expertise eines Herzzentrums im Sinne dieser Regelung belegen sollen. Die Nichterfüllung der geforderten Mindestfallzahlen hat keinen Leistungsausschluss für die Regelversorgung zur Folge. Vielmehr qualifiziert die Erfüllung der Mindestfallzahlen zur Übernahme zusätzlicher, besonderer Aufgaben. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Hier sind wir zweigespalten Mindestmengen können einerseits nützlich sein, weil zunehmende Erfahrung das Ergebnis	GKV-SV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				verbessert. Es muss vermieden werden, dass kleine Kliniken nur sehr wenige OP durchführen. Aber: Es gibt keine validen Cut-off-Punkte und es besteht die Gefahr von Fehlanreizen. LV: Grundsätzlich werden Mindestfallzahlen positiv gesehen, auch wenn es problematisch ist, die genaue Höhe (evidenzbasiert) festzulegen. Im Hinblick auf die Ausweisung von Zentren sollte berücksichtigt werden, dass die geforderten Mindestfallzahlen nicht zum Ausschluss etablierter Zentren führen.	
14.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	Die Einbeziehung der Richtlinie Kinderherzchirurgie in die Anforderungen für (Kinder-)Herzzentren wird von der DGPK nachdrücklich unterstützt. An Herzzentren, an denen Kinder und Erwachsene behandelt werden, müssen ergänzend auch Strukturen geschaffen werden, an denen Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patienten) behandelt werden können. Vorgaben zur Struktur können sich an die Zertifizierungsanforderungen der drei Fachgesellschaften DGK, DGPK und DGTHG für Überregionale EMAH-Zentren anlehnen.	Die Richtlinie Kinderherzchirurgie hat in Deutschland die Herausbildung von Kinderherzzentren befördert und die Behandlungsqualität nachhaltig verbessert.	GKV-SV: Kenntnisnahme, Zustimmung DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Bedingte Zustimmung Die Richtlinie Kinderherzchirurgie wird zurzeit evaluiert und es wird sich zeigen, inwieweit sie umgesetzt wird und hilfreich ist. Die PatV steht der Herausbildung <u>neuer</u> Kinderherzzentren ablehnend gegenüber, weil es genügend Einrichtungen gibt.	GKV-SV/LV: Nein PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				PatV: Zustimmende Kenntnisnahme Die Schaffung von Strukturen zur EMAH-Behandlung ist wichtig. Dazu müsste eine EMAH-Richtlinie neu entwickelt werden (Thema für 2020?).	

Absatz 1 f (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / Absatz 1 c (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
15.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislauferforschung e. V. (DGK e.V.)	f) GKV-SV bzw. c) DKG: Hierzu sollte der Vorschlag der DKG aus bereits oben erörterten Gründen nachverfolgt werden. Sollten Kinder bzw. Jugendliche mit angeborenen Herzfehlern (außerhalb von Herzrhythmusstörungen) behandelt werden, so sollten die entsprechenden Anforderungen der Richtlinie erfüllt werden.		GKV-SV: Siehe Kommentar zu Anlage V § 1 Abs. 1 Buchst. a, Lfd. Nr. 5. DKG/LV: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Zustimmende Kenntnisnahme (s.o.) Aber: <u>Kein</u> Ausschluss von Herzrhythmusstörungen	GKV-SV/DKG/LV: Nein PatV: Nein (s.o. Abs. 1a, Zeile 3 Lfd. Nr. 7)

Absatz 1 d (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
16.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufrorschung e. V. (DGK e.V.)	d) DKG: Eine weitere Subspezialisierung von Herzzentren bezüglich der Behandlung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern sollte etabliert werden. Für die allermeisten Herzzentren ist die Behandlung/Diagnostik dieser Patienten allerdings nicht vorzuhalten,	was auch durch die geringe Anzahl dieser Patienten und die Exklusivität dieser Anforderungen darstellbar ist.	DKG/LV: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Zustimmende Kenntnisnahme (s.o.) 200.000 Betroffene sind verglichen mit erwachsenen Betroffenen eine <u>relativ</u> geringe Zahl, die aber weiterhin stark ansteigen wird. Wir stimmen zu, dass diese Subspezialisierung in einem Teil der Kliniken etabliert werden sollte, in den allermeisten Herzzentren allerdings nicht vorzuhalten ist.	DKG/LV/PatV: Nein

Absatz 2 Anforderungen an die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen (GKV-SV/KBV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
17.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufrorschung e. V. (DGK e.V.)	In diesem Zusammenhang ist zu konstatieren, dass bereits heute viele Zentren mit Vor-Ort-Herzchirurgie die Möglichkeit der Assist-Device-implantation vorhalten, allerdings die Anzahl der Transplantationszentren in Deutschland auch durch die spezielle Situation der gesamten Transplantationsmedizin innerhalb		GKV-SV/LV: Dem Vorschlag wird gefolgt und die Vorhaltung einer Transplantationseinheit für Herz- und Herz-Lungentransplantationen wird als Anforderung gestrichen.	GKV-SV/LV: Ja, Anlage V § 1 Abs. 2 Buchst. a wird wie folgt geändert:

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Europas relevant niedriger ist und die Kapazität der Versorgung des Bedarfs an Herzunterstützungssystemen nicht adäquat abbildet. Hier sollten ad a) die Möglichkeit der Herz- oder Herz-Lungen-Transplantation keine Voraussetzung für ein Herzzentrum darstellen. Vielmehr sollte aber von allen Herzzentren eine Kooperation mit einem Transplantationszentrum gefordert werden (vertraglich organisiert) um die Patienten, die einer Transplantation bzw. einer Listung zur Transplantation bedürfen, auch entsprechend an ein Transplantationsprogramm angebunden werden. Den Anforderungen unter b) und c) ist vollumfänglich zuzustimmen.		DKG: Kenntnisnahme PatV: Zustimmung Kenntnisnahme Es wäre kontraproduktiv, wenn die geringe Zahl der Transplantationen auf mehr Zentren verteilt würde. Die PatV wünscht sich eine stärkere Zentralisierung bzgl. Transplantationen. Einige wenige Zentren verfügen über hohe Expertise bei Transplantationen und die sollten gestärkt werden. Die anderen Zentren sollten mit diesen Zentren kooperieren. Zu Assist-Device-Implantationen siehe Zeile 18.	„a) Möglichkeit zur Assist-Device-Implantation (Left ventricular assist device - LVAD, right ventricular assist device - RVAD und biventricular assist device - BiVAD)“ PatV: Nein

Absatz 2 a (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
18.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	An Kinderherzzentren müssen an Herzunterstützungssysteme, entsprechende Expertise und Transport-Teams besondere Anforderungen gestellt werden.	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und benötigen spezifische Unterstützungssysteme, spezifische Expertise und besondere Transportbedingungen.	GKV-SV: Kenntnisnahme Mit Blick auf die unmittelbare Patientenversorgung ist den Ausführungen der Fachgesellschaft zuzustimmen, dass kinderspezifische Anforderungen	GKV-SV/LV/PatV:: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				an die Strukturen und die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses zu stellen sind. Da es bei den besonderen Aufgaben jedoch vorrangig um Beratungsleistungen für andere Krankenhäuser geht, wird hier auf Detailregelungen zur unmittelbaren Patientenversorgung vor Ort verzichtet. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Zustimmende Kenntnisnahme Kinder müssen bzgl. Herunterstützungssystemen berücksichtigt werden, und zwar nicht als kleine Erwachsene.	

Absatz 2 b (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
19.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	(s.o.) An Kinderherzzentren müssen an Herunterstützungssysteme, entsprechende Expertise und Transport-Teams besondere Anforderungen gestellt werden.	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und benötigen spezifische Unterstützungssysteme, spezifische Expertise und besondere Transportbedingungen.	GKV-SV: s.o. DKG/LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				PatV: Zustimmende Kenntnisnahme Kinder müssen bzgl. Herzunterstützungssystemen berücksichtigt werden, und zwar nicht als kleine Erwachsene.	

Absatz 2 c (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
20.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	(s.o.) An Kinderherzzentren müssen an Herzunterstützungssysteme, entsprechende Expertise und Transport-Teams besondere Anforderungen gestellt werden.	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und benötigen spezifische Unterstützungssysteme, spezifische Expertise und besondere Transportbedingungen.	GKV-SV: s.o. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Zustimmende Kenntnisnahme- Kinder müssen bzgl. Herzunterstützungssystemen berücksichtigt werden, und zwar nicht als kleine Erwachsene.	GKV-SV/LV/PatV: Nein

Absatz 3 Vorhaltung eines überregionalen Zentrums für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und Patienten), das die folgenden Anforderungen erfüllt (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
21.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislauferforschung e. V. (DGK e.V.)	(3) Vorhaltung eines überregionalen EMAH-Zentrums: Diese Thematik wurde bereits unter §1, g bzw. d diskutiert und sollte eine weitere Subspezialisierung für EMAH-Zentren beinhalten. Für die Versorgung des absoluten größten Anteils der Patienten ist dies allerdings nicht voraussetzend notwendig und sollte außerhalb einer Subspezialisierung eines Herzzentrums (für EMAH-Patienten) nicht angefordert werden. Für die Behandlung von EMAH-Patienten sind die dargestellten Anforderungen unter a) und b) sinnvoll und nachvollziehbar. <u>zu TrGr 2.11.1.3:</u> Die GKV-SV fordert erneut Erwachsene und Jugendlichen. Dies ist weiterhin abzulehnen. Weiterhin wird hier ein zertifiziertes EMAH-Zentrum gefordert. Diese Vermischung sollte nicht stattfinden. Ein EMAH-Zentrum setzt nicht zwingend eine Versorgung von Jugendlichen voraus, da der Begriff EMAH ja schon beschreibt, dass es sich um Erwachsene handelt.	Prinzipiell stärkt die Forderung die Bestrebungen der DGK mittels Zertifizierungen Qualitätsstandards transparenter zu gestalten und diese nach spezifischen Maßgaben auch zu halten, sowie erreichte/vorhandene Qualität besser nach außen darstellen und für Patienten sichtbar machen zu können. Es ist jedoch zu bedenken, dass es dato kaum EMAH-Zentren gibt.	GKV-SV: Siehe Kommentar zu Anlage V § 1 Abs. 1 Buchst. a Um klarzustellen, dass nicht notwendigerweise ein Zertifikat vorliegen muss, wenn die Anforderungen unter Absatz 3 Buchst. a und b vorliegen, wird der Begriff „überregionales Zentrum“ ersetzt durch den Begriff „Behandlungseinheit“. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Zustimmende Kenntnisnahme-EMAH passen bisher nicht so richtig in die Erwachsenenherzzentren. Eine Richtlinie für EMAH steht noch aus und sollte erarbeitet werden. PatV: Passus unverständlich, daher keine Würdigung möglich	GKV-SV: Ja, Anlage V § 1 Abs. 3 wird wie folgt geändert: „(3) Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten), welche die folgenden Anforderungen erfüllt: a) Für die Behandlung angeborener Herzfehler steht eine Kardiologin oder ein Kardiologe mit spezieller Erfahrung in der Betreuung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten) zur Verfügung und

					b) Eine Kinderkardiologin oder ein Kinderkardiologe mit der Zusatzqualifikation EMAH-Kardiologe ist jederzeit verfügbar.“ PatV: Ja
22.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	§ 1 Absatz 3c: Diese Forderung wird von der DGPK nachdrücklich unterstützt. An Herzzentren, an denen Kinder und Erwachsene behandelt werden, müssen ergänzend auch Strukturen geschaffen werden, an denen Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patienten) behandelt werden können. Vorgaben zur Struktur können sich an die Zertifizierungsanforderungen der drei Fachgesellschaften DGK, DGPK und DGTHG für Überregionale EMAH-Zentren anlehnen. Da inzwischen die Musterweiterbildungsordnung für Kinderkardiologen und Kardiologen gleichermaßen eine Zusatzweiterbildung Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) ausweist, sollte diese Zusatzbezeichnung Voraussetzung für die Leitung eines EMAH-Zentrum sein.	Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) sind eine zahlenmäßig kleine (ca. 200.000 Patienten in ganz Deutschland), jedoch durch die Fortschritte der Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie ständig wachsende, sehr heterogene Patientengruppe, die in Deutschland bis heute sowohl quantitativ als auch qualitativ beträchtlich unterversorgt ist.	GKV-SV: Kenntnisnahme, s.o. DKG: Kenntnisnahme (im BE §1 Absatz 3 a und b) PatV: Zustimmende Kenntnisnahme- Zur Anzahl von JEMAH siehe Zeile 16 Es muss eine EMAH-Richtlinie neu geschaffen werden mit Hinweis auf die Musterweiterbildungsverordnung. LV: Kenntnisnahme	GKV-SV: s.o. PatV: Nein

Absatz 4 Forschungstätigkeit /(GKV-SV/KBV/PatV/LV) / Absatz 2 Forschungstätigkeit (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
23.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufrorschung e. V. (DGK e.V.)	Hier zeigt sich ein sehr erfreulicher Trend in den Vorschlägen der GKV-SV/KBV/Pat-V und DKG. Prinzipiell sollte hier erwähnt werden, dass eine dem Fachgebiet des Zentrums fokussierte (also Herzmedizin) Forschungstätigkeit nachgewiesen werden sollte. Da die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren häufig nicht durch das Zentrum selber gesteuert werden kann, sondern von unterschiedlichen Faktoren, die nicht auf die jeweilige Expertise der Zentren zurückzuführen ist, abhängig ist, erscheint schwer umsetzbar und nicht zwingend vorauszusetzen. Allerdings könnte diskutiert werden, ob eine Mitarbeit in den entsprechenden Arbeitsgruppen der Fachgesellschaften eine sinnvolle Voraussetzung darstellen könnte, da hierdurch eine intensive Bearbeitung der entsprechenden Themen weiter intensiviert werden könnte.		GKV-SV: Dem Einwand der Fachgesellschaft, dass die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren nicht immer vom Zentrum selbst gesteuert werden kann, wird Rechnung getragen, indem alternativ die Forschungstätigkeit durch mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) nachgewiesen werden kann. Zudem wird dem Vorschlag gefolgt, zu konkretisieren, dass es sich um Forschungstätigkeit im Fachgebiet des Zentrums handeln muss. Entsprechende Anpassungen werden auch in den Anlagen II-IV vorgenommen. Zudem ergeben sich Folgeänderungen in § 2 Nr. 4 (jährlicher Qualitätsbericht) der jeweiligen Anlagen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme PatV: Zustimmende Kenntnisnahme Die MitarbeiterInnen in LL-Kommissionen werden anhand	GKV-SV: Anlage V § 1 Abs. 4 Buchst. a wird wie folgt geändert: „(4) Forschungstätigkeit a) Mitarbeit an Leitlinien/ Konsensuspapieren oder mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) im Bereich Herzmedizin und (...)“ Anlage II § 1 Abs. 3 Buchst. a wird wie folgt geändert: „(3) Forschungstätigkeit a) Mitarbeit an Leitlinien/ Konsensuspapieren oder mindestens jährliche

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				ihrer Expertise von der Fachgesellschaft ausgewählt (nicht nur aus BAZS-Zentren). Zum Entstehungskontext von Konsensuspapieren ist uns zu wenig bekannt. LV: Kenntnisnahme	wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) im Bereich Onkologie und (...) Anlage III § 1 Abs. 3 Buchst. a wird wie folgt geändert: „(3) Forschungstätigkeit a) Mitarbeit an Leitlinien/ Konsensuspapieren oder mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) im Bereich Traumatologie und (...)“ Anlage IV § 1 Abs. 2 Buchst. b wird wie folgt geändert: „(2) Forschungstätigkeit

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
					b) Mitarbeit an Leitlinien/ Konsensuspapieren oder mindestens jährliche wissenschaftliche Publikationen (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren) im Bereich Rheumatologie und (...)“ Anlage II § 2 Nr. 4, Anlage III § 2 Nr. 4, Anlage IV § 2 Nr. 4 und Anlage V § 2 Nr. 4 wird folgender Spiegelstrich angefügt: „- Nennung der wissenschaftlichen Publikationen des Zentrums (Internationale Veröffentlichung, Peer-review-Verfahren).“ DKG/PatV/LV:

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
					Nein
24.	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz und Gefäßchirurgie (DGTHG)	Hierzu ist anzumerken, dass Leitlinien wie auch Konsensuspapiere in der Zuständigkeit der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften liegen und somit die Forderung zur Mitarbeit durch bestimmte Leistungserbringer nicht erhoben werden kann. Daher ist zumindest eine genauere Definition bzw. Präzisierung dieser Anforderung notwendig. Die DGTHG schlägt vor, die Forschungstätigkeit bspw. an Hand von Publikationen zu messen.		GKV-SV: s.o. DKG/LV: Kenntnisnahme PatV: Ablehnung Das muss u.a. nicht <u>hier</u> geregelt werden, da es nicht nur BAZS betrifft. Die Auswahl erfolgt nach Qualifikation durch die Fachgesellschaften.	GKV-SV: s.o. DKG/LV/PatV: Nein

Absatz 5 Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung (GKV-SV/KBV/PatV) / Absatz 3 Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements oder der Qualitätssicherung (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
25.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK e.V.)	Dieser sehr wichtige Punkt wurde bereits in die Vorschläge der Verbände integriert. Qualitätsverbessernde Maßnahmen und deren Dokumentation sowie Analyse sind relevanter Bestandteil der Tätigkeit an Herzzentren. Der Vorschlag ist relevant und zu unterstützen. Hier ist insbesondere auch auf die Zertifizierungsprozesse und Rezertifizierungen der Fachgesellschaft hinzuweisen. Eine Darstellung der Ergebnisse und Qualitätsparameter		GKV-SV/LV: Kenntnisnahme, Zustimmung DKG: Das Grundprinzip des Qualitätsmanagements ist die stete Verbesserung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die formale Darlegung der Umsetzung qua-	GKV-SV /DKG/PatV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		unterschiedlicher Behandlungsstrategien innerhalb des Zentrums sowie Veröffentlichung dieser Daten ist wünschenswert.		litätsverbessernder Maßnahmen sowie das zugrundeliegende Qualitätsmanagementsystem obliegen dabei dem Zentrum. Externe Zertifizierungen durch Fachgesellschaften stellen hierbei eine mögliche Form der Qualitätsdarlegung dar, sind jedoch keine verpflichtende Qualitätsanforderung. PatV: Zustimmende Kenntnisnahme	

Absatz 6 Mindestfallzahlen (GKV-SV) / Absatz 4 Mindestfallzahlen (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
26.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK e.V.)	Hier findet sich eine deutliche Diskrepanz zwischen Vorschlägen der GKV-SV und DKG. Mindestfallzahlen sind einfach zu evaluierende Indikatoren, die sicherlich Bestandteil der Voraussetzungen an ein Herzzentrum darstellen. Dennoch ist klar zu argumentieren, dass ein bestimmtes Cut-Off weder pro Zentrum noch pro Untersucher bisher wissenschaftlich evaluiert noch belegt ist. Prinzipiell findet sich in allen Bereichen der Herzmedizin eine Korrelation zwischen Fallzahlen und Qualität bzw. Komplikationsinzidenz. Dies gilt		GKV-SV: Kenntnisnahme Festzuhalten ist, dass es in der Regelung ausdrücklich nicht um die Festlegung von Mindestmengen für einzelne Leistungen mit dem Ziel der Qualitätssicherung geht. Es geht bei der Festlegung von Mindestfallzahlen um eine Bündelung mehrerer einzelner Leistungsbestandteile eines Zentrums,	GKV-SV/ DKG/LV/PatV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		allerdings nicht nur für herzchirurgische Eingriffe sondern in gleicher Weise für alle kardiologischen Interventionen inklusive/insbesondere auch für die Koronarintervention, Transkatheter-Klappenintervention, Device-Therapie (Herzschrittmacher/ICD) und Katheterablation (Elektrophysiologie). Auch hierfür könnten Mindestmengen moderat definiert werden, wobei die einzelnen Interventionen häufig aus unterschiedlichen Prozeduren generiert werden. Prinzipiell erscheint für sehr komplexe Eingriffe eine Mindestfallzahl von < 1 pro Woche als nicht akzeptabel, da hierdurch eine entsprechende Expertise nicht entwickelt oder vorgehalten werden kann.		die in ihrer Gesamtheit die herausragende fachliche Expertise eines Herzzentrums im Sinne dieser Regelung belegen sollen. Die Nichterfüllung der geforderten Mindestfallzahlen hat keinen Leistungsauschluss für die Regelversorgung zur Folge. Vielmehr qualifiziert die Erfüllung der Mindestfallzahlen zur Übernahme zusätzlicher, besonderer Aufgaben. Die Festlegung ergänzender Mindestfallzahlen für das Behandlungsspektrum der Kardiologie sollte in der mündlichen Anhörung erörtert werden. Zugestimmt wird der Aussage, dass komplexe Eingriffe (hier unter Anwendung der Herz-Lungenmaschine) nicht weniger als einmal pro Woche durchgeführt werden sollten, um eine entsprechende Expertise zu gewährleisten. DKG: Unter Betrachtung der aktuell vorliegenden Daten und unter Einbezug der aktuellen Versorgungslandschaft wurde eine Mindestfallzahl von 30 vollstationären Fällen mit operativen	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Eingriff der Herz-Lungenmaschine und eine jährliche Durchführung von mindestens 1000 herzchirurgischen Eingriffen (OPS-Komplexcodes sind hinterlegt). Die im Beschlussentwurf vorliegenden Qualitätsanforderungen stellen auf die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Herzchirurgie und Kardiologie ab. Darüber hinaus ist die Transkatheter-Klappenintervention durch die G-BA- „Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen, MHI-RL, Stand: 5. Dezember 2018“ strengen Strukturkriterien unterworfen. Vorgaben zu weiteren Mindestfallzahlen sind für die Erfüllung der besonderen Aufgaben nicht erforderlich. PatV: Zustimmende Kenntnisnahme- Wir teilen die Kritik an starren Mindestfallzahlenregelungen. Es bleibt allerdings unklar, was unter einer „moderaten“ Festlegung zu verstehen ist. Dem Text ist zu entnehmen, dass eine Mindestfallzahl von 1 pro Woche gerade noch akzeptabel ist. Das ist der PatV eindeutig zu wenig. Hier ist eine Unterscheidung werden zwischen angeborenen	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				und erworbenen Herzerkrankungen besonders wichtig. LV: Grundsätzlich werden Mindestfallzahlen positiv gesehen, auch wenn es problematisch ist, die genaue Höhe (evidenzbasiert) festzulegen. Im Hinblick auf die Ausweisung von Zentren sollte berücksichtigt werden, dass die geforderten Mindestfallzahlen nicht zum Ausschluss etablierter Zentren führen.	
27.	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz und Gefäßchirurgie (DGTHG)	Die Systematik für die Ermittlung der Mindestfallzahlen ist nicht ausreichend spezifiziert.		GKV-SV: Die Anregung der Fachgesellschaft, die Ermittlung der Mindestfallzahlen zu konkretisieren wird aufgegriffen. DKG: Kenntnisnahme PatV: siehe Zeile 26 LV: Grundsätzlich werden Mindestfallzahlen positiv gesehen, auch wenn es problematisch ist, die genaue Höhe (evidenzbasiert) festzulegen. Im Hinblick auf die Ausweisung von Zentren sollte berücksichtigt werden, dass die geforderten Mindestfallzahlen nicht zum	GKV-SV: Anlage V § 1 Abs. 6 Buchst. b wird wie folgt geändert: „b) jährliche Durchführung von mindestens 2.000 Fällen mit mindestens einem der folgenden herzchirurgischen Eingriffe: aortokoronare Bypass-Operation mit oder ohne HLM, isolierte oder kombinierte Herzklappen-

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Ausschluss etablierter Zentren führen.	operation, Chirurgie angeborener Herzfehler, Assistdevices (d.h. Fälle mit mindestens einem der folgenden OPS-Kodes: 5-35, 5-36 oder 5-37).“ DKG/PatV: Nein

§ 2 Besondere Aufgaben

Nummer 7 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
28.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ergänzungsvorschlag: „8. Darstellung der Zusammenarbeit mit spezialisierten humangenetischen Einrichtungen.“	Eine große Anzahl von angeborenen Herzfehlern, sowie von Kardiomyopathien und Erregungsleitungsstörungen haben eine genetische Ursache. Die Abklärung ist von großer Bedeutung insb. auch für präventive Maßnahmen von noch nicht erkrankten Familienangehörigen. Die Anbindung an Zentren mit interdisziplinärer Betreuung ist hier eine Grundlage für die Indikationsstellung und das weitere Management.	GKV-SV/LV: Der Vorschlag wird abgelehnt, da in den Qualitätsanforderungen für die besondere Aufgabenwahrnehmung keine verpflichtende Zusammenarbeit mit humangenetischen Einrichtungen gefordert wird. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Anlage 6 - Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren)

§ 1 Qualitätsanforderungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)	Die DGNR begrüßt die Bemühungen zur Konkretisierung der Aufgaben von Zentren und unterstützt grundsätzlich die im Beschlussentwurf genannten Vorgaben für „Schlaganfallzentren“. Unklar bleibt allerdings die gewählte Begrifflichkeit „Schlaganfallzentrum“ Wir würden es ausdrücklich begrüßen, wenn die in der Versorgungslandschaft fest verankerten genannten Begrifflichkeiten in die Ausführungen des G-BA Eingang finden würden und – wichtiger noch – die stetig und überprüften und weiterentwickelten Kriterien zur Zertifizierung der genannten Stufen als Referenz in das Papier aufgenommen würden. Hierzu zählt insbesondere auch das von unserer	Die deutsche Versorgungsstruktur für die Akutversorgung des ischämischen Schlaganfalls fußt auf den Zertifizierungskriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) und ihrer Partnergesellschaften zu denen die DGNR zählt. Hier wird zwischen „regionalen Stroke Units“ und „überregionalen Stroke Units“ unterschieden. Als dritte Stufe existieren seit 2018 die „Neurovaskulären Zentren“ (NVN), in denen eine von drei Fächern Neurologie, Neuroradiologie (Neuroradiologen nur mit dem Zertifikat in Modul F, „gefäßverschießende Maßnahmen extra- und intrakraniell) und Neurochirurgie getragene interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit komplexen neurovaskulären Erkrankungen angeboten wird.	GKV: Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Schlaganfallzentren beschließt. Die von der Fachgesellschaft angestellten Überlegungen werden in die Beratungen zu den Schlaganfallzentren einfließen. DKG: Kenntnisnahme. Bei der ausstehenden Formulierung von Qualitätsanforderungen wird die DKG sowohl bestehende Strukturen wie auch ihre Weiterentwicklung berücksichtigen. Die inhaltlichen Beratungen zu dieser Thematik erfolgen im Zusammenhang mit der Festlegung der Qualitätsanforderungen bis zum 31.12.2020. LV:	GKV-SV: Nein DKG: Nein LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Der Vorschlag der Fachgesellschaft sollte im nächsten Jahr, wenn die Regelungen zu Neurovaskulären Zentren in der AG BAZS erörtert werden, berücksichtigt werden.	
2.	Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen e.V (DPG).	Einrichtung von neuromedizinischen Zentren	Wir nehmen mit Bedauern zur Kenntnis, dass im Bereich der Neurologie neben den neurovaskulären Zentren keine weiteren neuromedizinischen Zentren vorgesehen sind. Zumindest im Land Niedersachsen wurde auf Landesebene seitens des MWK das Konzept von neuromedizinischen Zentren anerkannt. Wenn der GBA nun aber die neuromedizinischen Zentren nicht vorsieht, wird dieser auf Landesebene genehmigte Status nicht erlösrelevant werden. Damit wird die Neuromedizin anderen Fachdisziplinen nachrangig behandelt.	GKV-SV: Die Fachgesellschaft beschreibt weder besondere Aufgaben noch entsprechende Qualitätsanforderungen, die eine Definition von neuromedizinische Zentren im Sinne dieser Regelungen ermöglichen würden. Eine qualitativ hochwertige Regelversorgung allein stellt keine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelungen dar. Eine schnelle und qualitativ hochwertige Versorgung sollte der Standard sein und bedarf keiner zusätzlichen Vergütung im Rahmen eines Zentrumszuschlages. DKG: Kenntnisnahme Die Festlegung weiterer Zentren ist noch nicht abschließend erfolgt. Die DKG wird den Vorschlag der DPG in die zukünftige Diskussion zur Einrichtung weiterer Zentren/Schwerpunkte einbringen.	GKV-SV/DKG: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				LV: Über Vorschläge für neue Zentren mit spezifizierten Qualitätsanforderungen und der Nennung besonderer Aufgaben im Sinne dieser Richtlinie wird im nächsten Jahr in der AG BAZS beraten. Für Zentren, die von den Ländern bereits ausgewiesen werden und die Zuschläge erhalten, wird es Übergangsregelungen geben. Diese sollten auf jeden Fall noch an die Vorschläge der Länder angepasst werden.	LV: Ja, Anpassung der Übergangsregelung - Ausweisung muss vor dem 01.01.2020 erfolgt sein. - Ausweisung darf nicht zwingend nur auf Basis des Schiedsspruchs der Bundesschiedsstelle erfolgt sein. - Mindestens 2jährige Übergangszeit für Zentren, für die es zum 1.1.2020 G-BA Regelungen gibt und die bereits in den Ländern ausgewiesen werden.
3.	Deutsche Schlaganfallgesellschaft e. V. (DSG)	Die Deutsche Schlaganfallgesellschaft hat bereits vor vielen Jahren die Bildung „Neurovaskulärer Netzwerke“ unterstützt und vorangetrieben, Kriterien für die Netzwerke entwickelt und mit einem Zertifizierungsprozess begonnen.	Die Länder sollen mehr Zeit bekommen, neurovaskuläre Zentren in ihren Krankenhausplänen auszuweisen.	GKV-SV: Bei der Anlage VI handelt es sich um eine Übergangsregelung für bereits vor dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes im Landeskrankenhausplan ausgewiesenen	GKV-SV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Ziel ist es dabei, die Behandlung sämtlicher neurovaskulärer Erkrankungen zu verbessern und die Kooperation unter den Schlaganfallversorgern zu intensivieren. Im Mittelpunkt stehen ein oder mehrere Neurovaskuläre Zentren, die die Koordinationsarbeit für das Netzwerk leisten. Sie verfügen über eine überregionale Stroke Unit und über weitere Spezialabteilungen wie Neuroradiologie mit Hirnkatheterlabor, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie. Das Zentrum ist organisatorisch mit Kliniken der Umgebung verbunden, die auf ihren Stroke Units keine Spezialbehandlungen durchführen können. Dies schließt auch sogenannte Tele Stroke Units ein, die mit dem/den Zentren telemedizinisch verbunden sind. Wir sprechen uns entsprechend dem Vorschlag der DKG dafür aus, dass die Ausweisung als Neurovaskuläres Zentrum vor dem 1.1.2021 erfolgt sein muss (und nicht bereits vor dem 1.1.2019).		Schlaganfallzentren (interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren), die besondere Aufgaben wahrnehmen. Der GKV-Vorschlag sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Schlaganfallzentren beschließt. Mit Inkrafttreten dieser bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen können auch Zuschläge für Schlaganfallzentren vereinbart werden, die nach dem 01.01.2019 im Landes Krankenhausplan ausgewiesen werden. DKG: Kenntnisnahme. Bei der ausstehenden Formulierung von Qualitätsanforderungen wird die DKG sowohl bestehende Strukturen wie auch ihre Weiterentwicklung berücksichtigen. Die inhaltlichen Beratungen zu dieser Thematik erfolgen im Zusammenhang mit der Festlegung der Qualitätsanforderungen bis zum 31.12.2020. Die Ausweisung von Zentren soll, wie die	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Be- schluss- entwurfes (Ja / Nein)
				DSG anmerkt, gemäß dem Beschlussentwurf der DKG vor dem 01.01.2021 erfolgen. LV: Für Zentren, die von den Ländern bereits ausgewiesen werden und die Zuschläge erhalten, wird es Übergangsregelungen geben. Diese sollten auf jeden Fall noch an die Vorschläge der Länder angepasst werden. Es ist krankenhauplanerische Entscheidung der Länder, ob eine bestimmte Zentrumsart ausgewiesen wird. Der Vorschlag der DSG sollte im nächsten Jahr, wenn die Regelungen zu Neurovaskulären Zentren in der AG BAZS erörtert werden, berücksichtigt werden	LV: Nein

§ 2 Besondere Aufgaben

Nummer 1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
4.	Deutsche Schlaganfallgesellschaft e. V. (DSG)	Wir sprechen uns dafür aus, wie von UPV/GKV vorgeschlagen, dass die entsprechenden Leistungen auch telemedizinisch erbracht werden können.	Telemedizinische Leistungserbringung spielt in der Schlaganfallmedizin aufgrund der zeitkritischen Erkrankung eine große Rolle.	GKV-SV: Kenntnisnahme DKG: Kenntnisnahme Im Beschlussentwurf der DKG findet sich die Anmerkung im § 2 Nr. 6 Zentrums-Regelungen (Anlage VI). LV: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein LV: Nein

Nummer 6

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
5.	Deutsche Schlaganfallgesellschaft e. V. (DSG)	Wir sprechen uns dafür aus, dass die Punkte 7 und 8 wie von der DKG vorgeschlagen in den Katalog aufgenommen werden.	Die Erstellung von Pfaden und SOPs und das Netzwerkmanagement sind wichtige Aufgaben in der Schlaganfallmedizin, die berücksichtigt werden sollten.	GKV-SV: Der Vorschlag wird abgelehnt, da es bereits eine eigene gesetzliche Regelung und Finanzierungsgrundlage für das Entlassmanagement gibt (§ 39 Abs. 1a S. 9 SGB V).	GKV-SV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Es ist nicht hinreichend klar beschrieben, was das Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern sein soll und für welche Themen und mit welcher Zielstellung SOPs entwickelt werden sollen. Es wird im Übrigen vorausgesetzt, dass Standardabläufe auch im Rahmen der Regelversorgung klar definiert und niedergelegt sind. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme LV: Kenntnisnahme	DKG: Nein LV: Nein

Nummer 7 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
6.	Deutsche Schlaganfallgesellschaft e. V. (DSG)	Wir sprechen uns dafür aus, dass die Punkte 7 und 8 wie von der DKG vorgeschlagen in den Katalog aufgenommen werden.	Die Erstellung von Pfaden und SOPs und das Netzwerkmanagement sind wichtige Aufgaben in der Schlaganfallmedizin, die berücksichtigt werden sollten.	GKV-SV: s.o. Betrifft nicht den Regelungsvorschlag der GKV. DKG: s.o. LV: wie lfd. Nummer 5	GKV-SV: Nein DKG: Nein

Anlage 7 - Lungenzentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Sollten Kinder und Jugendliche in Organ- oder fachspezifischen Spezialeinrichtungen behandelt werden, dann müssen diese in ihrem pädiatrischen Zweig ebenfalls so ausgestattet und ausgerichtet sein, dass eine ganzheitlich orientierte Behandlung der Patienten und ihrer Familien unter Berücksichtigung der altersabhängigen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt ist.		GKV-SV: Die Ergänzung eines Zentrums für Kinder und Jugendliche wird abgelehnt. Die vorliegende Zentrumsregelung beschreibt Krankenhäuser der Spitzenmedizin, die aus vergleichbaren Anbietern der Spitzenmedizin herausragen und anderen vorwiegend beratende Leistungen anbieten. Es bleibt unklar, was die besonderen Aufgaben dieser Zentren sein soll, denn sie werden „als Rückgrat der Kinderversorgung in Deutschland“ beschrieben. Es handelt sich folglich um die normale Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen, die aus der DRG Vergütung am Fall finanziert wird. In den fachspezifischen Anlagen werden die besonderen Belange von Kindern bereits berücksichtigt. DKG: Kenntnisnahme, Inhaltliche Beratungen zu dieser Thematik erfolgen im Zusammenhang mit der Festlegung der Qualitätsanforderungen bis zum 31.12.2020.	GKV-SV/DKG: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
2.	Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie (GPP)	Für die Zentrumsdefinition sind jährliche stationäre Behandlungszahlen ein ungenügendes Qualitätskriterium,	da die Behandlung auch von komplex-lungenkranken Kindern nach Möglichkeiten ambulant erfolgt. Geeigneter wäre aus Sicht der GPP eine Definition von Zentren anhand von Ausstattungsmerkmalen (Bronchoskopie, Lungenfunktion einschließlich Gasauswaschverfahren, Verfügbarkeit MRT Lunge, Verfügbarkeit Thoraxchirurg etc.) und einem Qualifikationsnachweis der ärztlichen Mitarbeiter (z.B. mindestens zwei ausgebildete Kinderpneumologen). Um die Möglichkeit zu eröffnen, in bestimmten Regionen neue Kinderpneumologische Zentren zu etablieren, müssen Übergangsbestimmungen definiert sein, die eine Zentrumsgründung möglich machen, obwohl einzelne Kriterien für ein Zentrum noch nicht erfüllt sind. Der hochspezialisierten funktionellen und bildgebenden Diagnostik von Säuglingen und Kleinkindern muss in besonderer Weise Rechnung getragen werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-Vorschlag sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Schlaganfallzentren beschließt. Patientennahe Diagnostik und Behandlung ist im Rahmen der DRG-Vergütung abgebildet. DKG: Kenntnisnahme Inhaltliche Beratungen zu dieser Thematik erfolgen im Zusammenhang mit der Festlegung der Qualitätsanforderungen bis zum 31.12.2020. LV: Kenntnisnahme. Inhaltliche Beratung sollte im nächsten Jahr, wenn die Regelungen zu Neurovaskulären Zentren in der AG BAZS erörtert werden, erfolgen.	GKV-SV: Nein DKG: Nein LV: Nein
3.	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	<u>Alle Versionen</u> <u>Änderungsvorschlag</u> VII – Lungenzentren (ohne onkologische Diagnosen)	Eine zentrale Aufgabe der besonders ausgewiesenen Onkologischen Zentren ist es, Expertise zu bündeln, Synergien zwischen onkologisch Tätigen zu nutzen und damit die Qualität der Versorgung für alle Tumorentitäten zu steigern. Die Onkologie in Einzelbereiche zu unterteilen verhindert die Zielerreichung, lässt	GKV-SV: Der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung, dass das Thema Lungenkrebs den onkologischen Zentren zuzuordnen ist. Sollte der G-BA im Rahmen seiner weiteren Beratungen	GKV-SV: Ja Die Überschrift zu Anlage VII wird wie folgt geändert:

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			aktuelle diagnostische und therapeutische Ansätze außer Acht und vergibt die einmalige Möglichkeit, mit der Regelung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben einen Weg für eine Gesamtbetrachtung der Onkologie vorzugeben. Gerade die Betreuung von Patienten mit Lungenkrebs macht die Zusammenarbeit vieler, in der Onkologie erfahrener Fachdisziplinen notwendig. Damit sind Lungenkrebszentren wichtiger Teil eines Onkologischen Zentrums und profitieren im besonderem Maße von den klassischen Querschnittsdisziplinen wie Radiologie, Strahlentherapie oder auch Palliativmedizin, die an den Standorten der Onkologischen Zentren mit großer Expertise vorhanden sind. Um die Ausbildung von ökonomisch aufwendigen Doppelstrukturen (Strukturen und Personal) zu vermeiden und die sehr sinnvollen Synergien zwischen den onkologisch tätigen Fachdisziplinen eines Onkologischen Zentrums zu fördern, muss die Versorgung von Patienten mit Lungenkrebs im Rahmen eines Onkologischen Zentrums stattfinden. Da die Abteilungen für die Behandlung von Patienten mit Lungenkrebs jedoch in der Regel aus den früheren Tuberkulose-Kliniken entstanden sind, sind sie ganz überwiegend in eigenen Gebäuden untergebracht, die mehr als 2000m von den anderen Gebäuden eines Onkologischen Zentrums der gleichen Trägerschaft entfernt sind. Damit nicht die qualitativ und quantitativ herausragende Lungenkrebszentren im Rahmen eines Onkologischen Zentrums von den Regelungen zur Konkreti-	Lungenzentren und deren besondere Aufgaben definieren, ist der Schwerpunkt hier auf andere, nicht-onkologische Lungenerkrankungen zu legen (z.B. COPD, Weaning). DKG: Kenntnisnahme, Inhaltliche Beratungen zu dieser Thematik erfolgen im Zusammenhang mit der Festlegung der Qualitätsanforderungen bis zum 31.12.2020.	„VII – Lungenzentren (ohne onkologische Diagnosen)“ DKG: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			sierung der besonderen Aufgaben von Zentren ausgeschlossen werden, sollte diese historisch gewachsene Voraussetzung als Ausnahmeregelung für die Onkologie berücksichtigt und die Vereinbarung nach §2a Absatz 1 KHG entsprechend ergänzt werden (siehe auch Änderungsvorschlag §5 Absatz 2 (2)).		
4.	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.	Bei den Qualitätsanforderungen für ein Lungenzentrum sollte die Verfügbarkeit von Radiologen zwingend enthalten sein. In Lungen-Zentren für Kinder und Jugendliche sind Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie notwendig.	Die bildgebende Diagnostik in der Lungenheilkunde erfordert fundierte Kenntnisse in der konventionellen Radiologie, der Sonographie, der Computertomographie und der Kernspintomographie, die nur durch Fachärzte für Radiologie sichergestellt werden kann. Ein substanzieller Teil der invasiven Diagnostik erfolgt CT-gesteuert durch Fachärzte für Radiologie.	GKV-SV: Die Deutsche Röntgengesellschaft fordert die Verfügbarkeit eines Facharztes für diagnostische Radiologie als Qualitätskriterien für ein Lungenzentrum. Für Lungenzentren die Kinder und Jugendliche behandeln werden Fachärzte mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie gefordert. Die Qualität der radiologischen Diagnostik sollte durch die Gebietsbezeichnung diagnostische Radiologie in jedem Krankenhaus sichergestellt sein nicht nur in Zentren. Eine zusätzliche Sicherung der Qualität durch ein weiteres Zertifikat erschließt sich hier nicht. DKG: Kenntnisnahme, Inhaltliche Beratungen zu dieser Thematik erfolgen im Zusammenhang mit der Festlegung der Qualitätsanforderungen bis zum 31.12.2020.	GKV-SV/DKG: Nein

Anlage 8 - Sonstige ausgewiesene Zentren Qualitätsanforderungen

§ 1 Qualitätsanforderungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Es fehlt die Definition eines Bauch-Zentrums für Kinder und Jugendliche. Dieses beinhaltet konservativ und operative Erkrankungen des Verdauungstraktes und der Leber. Insbesondere fachübergreifend zu behandelnde Erkrankungen wie angeborene Fehlbildungen (z.B. Atresien, Bauchwanddefekte), Gallengangsatresie und viele seltene und komplexe, chronische Erkrankungen (z.B. Kurzdarmsyndrom, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, intestinale Neuro- oder Myopathien). Es gelten hier die spezifischen Anforderungen an ein Zentrum für Kinder und Jugendliche (siehe allg. Teil). Kindergastroenterologen und Kinderchirurgen sind neben anderen Spezialisten (Kinderradiologen, Ernährungsfachkräfte u.a.) obligatorisch für das pädiatrische Bauch-Zentrum.	Kinder und Jugendliche haben andere oder anders verlaufende Erkrankungen, und bedürfen modifizierter oder anderer diagnostischer Verfahren und therapeutischer Strategien, die den Entwicklungsstand des Kindes oder einzelner Organe berücksichtigen.	GKV-SV: Die Versorgung von Kindern von Kindern mit häufigen Erkrankungen des Abdomens sind am Einzelfall finanzierbar. Die hier genannten seltenen Diagnosen sind im Rahmen der Zentren für seltenen Erkrankung abgebildet. DKG: Kenntnisnahme, Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für bestehende und von den Ländern noch auszuweisende besondere Aufgaben. Diese Anlage definiert nicht besondere Aufgaben für spezifische Zentren.	GKV-SV/DKG: Nein
2.	Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)	Gemäß § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V kann sich eine besondere Aufgabe eines Zentrums bzw. Schwerpunkt eines Krankenhauses sich insbesondere ergeben aus 1. einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, 2. der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder 3. der Notwendigkeit der Konzentration der	In Gefäßzentren ist die Vorhaltung der Fachdisziplinen Angiologie, Gefäßchirurgie und Radiologie mit der entsprechenden Facharztquote erforderlich. Dies ist nur in ausgewählten Kliniken bzw. Zentren möglich, ebenso die erforderliche technische Ausstattung. Die Behandlung von Gefäßpatienten in solchen Gefäßzentren wird in den einschlägigen Leitlinien gefordert (vgl. S3-Leitlinie PAVK https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003l_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheitfinal-2019-08.pdf),	GKV-SV: Es handelt sich hier um qualitativ hochwertiger Regelversorgung und nicht um besondere Aufgaben im Sinne dieser Regelung. Eine schnelle und qualitativ hochwertige Versorgung ist der Standard und bedarf keiner zusätzlichen Vergütung im Rahmen eines Zentrumszuschlages.	GKV-SV/DKG: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen. Dies ist für interdisziplinäre Gefäßzentren regelmäßig der Fall. Deshalb müssen Interdisziplinäre Gefäßzentren, die die von den Fachgesellschaften im Rahmen einer gemeinsamen Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) festgelegten Struktur- und Qualitätsmerkmale erfüllen, aus unserer Sicht in der Anlage spezifisch benannt werden. Wir bieten an, an der Formulierung von Qualitätsanforderungen mitzuwirken.	in der es heißt:“ Bei klinischem Verdacht auf eine akute Beinischämie muss der Patient schnellstmöglich einem Gefäßspezialisten ... in einer stationären Einrichtung mit ausreichender Expertise in allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Revaskularisation vorgestellt werden, wo bei Bestätigung der Diagnose interdisziplinär umgehend operativ oder endovaskulär die Revaskularisation durchgeführt werden kann. Vorzugsweise sollte die Diagnostik und Therapie in einem Gefäßzentrum durchgeführt werden. Dies ist bundesweit flächendeckend nicht immer möglich. Wegen der hohen Amputations- und Mortalitätsrate der Patienten mit akuter Extremitätenischämie, die in Registererhebungen 45% bzw. 20% betragen, ist eine schnellstmögliche gefäßmedizinische Versorgung mit allen operativen und endovaskulären Möglichkeiten rund um die Uhr erforderlich. Patienten sollten nach Erstversorgung deshalb in gefäßmedizinische Zentren weiterverlegt werden.“ Zu den häufigen, aber speziell zu behandelnden Krankheitsbildern, gesellen sich auch seltene Erkrankungen wie Schwangerschafts-assoziierte Thrombosen, entzündliche Systemerkrankungen wie Vaskulitiden, komplexe Gerinnungsstörungen und seltene Erkrankungen wie die Erythromelalgie, die für den Patienten ein hohes individuelles Risiko bei nicht zeitgerechter oder zielgerichteter Behandlung mit sich bringen und die wiederum nur von Angiologen mit spezieller Expertise in interdisziplinären Gefäßzentren behandelt werden können.	DKG: Kenntnisnahme, Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für bestehende und von den Ländern noch auszuweisende besondere Aufgaben. Diese Anlage definiert nicht besondere Aufgaben für spezifische Zentren.	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Zudem ist auch die geforderte Zusammenarbeit mit anderen Kliniken in solchen Gefäßzentren bereits weitgehend im Rahmen von interdisziplinären Fallkonferenzen und Zweitmeinungsambulanzen die Regel, in den meisten Fällen sind Netzwerke mit Kliniken ohne gefäßmedizinische Expertise aufgebaut, so dass Patienten von den ggf. auch weiter entfernt liegenden interdisziplinären Gefäßzentren profitieren können. Alle demographischen und epidemiologischen Daten machen deutlich, dass Diagnose und Therapie von Gefäßerkrankungen eine weiterhin wachsende Bedeutung erlangen, wobei zunehmend komplexkranke Patienten mit verschiedensten weiteren Erkrankungen zu behandeln sind. Die Bildung eines multidisziplinären Gefäßzentrums ist der richtige Ansatz und die logische Konsequenz, wobei der Zertifizierungsprozess zum anerkannten Gefäßzentrum einen entscheidenden Anteil zu Qualitätsverbesserung und -sicherung beiträgt. Abläufe werden klarer strukturiert, Verantwortlichkeiten werden eindeutig zugewiesen und damit die Interdisziplinarität gestärkt. In die Strukturmerkmale beabsichtigen wir zukünftig auch die Teilnahme an Registern zur Erhebung von Daten der Versorgungsforschung und der Qualitätssicherung, an denen viele Zentren aktuell bereits freiwillig teilnehmen, verpflichtend zu integrieren. Ziel ist, die noch immer vorhandene hohe Mortalitäts- und Amputationsrate deutlich zu senken. Seit 2007 werden in einem von allen drei Fachgesellschaften (DGA, DGG, DRG) getragenen Verfahren multidisziplinäre Gefäßzen-		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			tren zertifiziert, welche eine umfassende Patientenversorgung gewährleisten. Die hohe Akzeptanz wie auch Bedeutung für die Qualitätssicherung reflektiert sich auch daran, dass neben den 35 im Bundesgebiet dreifach-zertifizierten Zentren sich auch zwei Zentren in Österreich (Unikliniken Graz und Innsbruck) zertifizieren ließen. In einem zertifizierten Gefäßzentrum werden auch die Verbindungen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gestärkt. Patienten können noch stärker in das Zentrum des Handelns gestellt werden. Im Gefäßzentrum soll eine sachgerechte, serviceorientierte Arbeitsteilung den weiter steigenden Anforderungen flexibel und effizient gerecht werden. Hierdurch ist ein ganzheitlicher Ansatz zur Lösung des individuellen Gefäßproblems möglich. Ein Gefäßzentrum kann eine eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben wahrnehmen: 1. Das Zentrum unterstützt andere Krankenhäuser in der Therapieplanung durch Fallkonferenzen. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Patienten anderer Krankenhäuser sind zuschlagsfähig, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistungen abrechenbar sind. Ausschlaggebend ist hier, dass der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann. 2. Die Bereitstellung, Etablierung, Führung und Auswertung eines Registers stellen besondere Aufgaben dar, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden. Das Reccord-Register, an dem mehrere Gefäßzentren bereits teilnehmen, bündelt die Daten zur Therapie von Gefäßerkrankungen an einem Ort und stellt sie zum Zwecke der Versorgungstransparenz und der Versorgungsforschung bereit. Dabei liegt die Federführung dieses Registers bei der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. Anerkannte Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen, sind eingehalten. Die Datenmeldung an das Register ist nicht zuschlagsfähig. 3. Für einen Wissenstransfer der Forschungserkenntnisse des Zentrums zu den Mitgliedern seines Netzwerkes, bietet das Zentrum regelmäßig zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen an. Voraussetzung ist, dass die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kostenfrei angeboten werden und keine Fremdfinanzierung stattfindet (z.B. über Sponsoring). Es handelt sich um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht fallbezogen abgerechnet werden können. 4. Die besondere Expertise wird anderen Leistungserbringern in Form von Behandlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt. Das Zentrum bietet Leistungen der Qualitätssicherung durch Prüfung und Bewertung von Patientenakten an. Es handelt sich auch hier um Aufgaben, die der stationären Patientenversorgung zugutekommen, die sich jedoch nicht einem einzelnen Krankenhausfall des Zentrums zuordnen lassen und daher nicht über		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können. 5. Das Zentrum hat regelmäßig Qualitätszirkel durchzuführen, aus denen eindeutige Ergebnisse (Aktionen und Entscheidungen), die zu einer Weiterentwicklung/Verbesserung des Zentrums und seiner besonderen Aufgaben geeignet sind. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Zentrum durch seine herausragende Expertise und seine hohen Qualitätsstandards eine Mentorenfunktion für andere stationäre Leistungserbringer wahrnehmen soll. Es ist jährlich in einem Kurzbericht darzustellen, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung durchgeführt wurden. Die Berichte schaffen Transparenz für Patienten und andere Leistungserbringer über das besondere Leistungsangebot des Zentrums und seines Netzwerkes. 6. Das spezialisierte Fachwissen der Zentren muss jederzeit für die Kliniken des Netzwerks verfügbar sein. Die Wissensvermittlung und die Beratung anderer Leistungserbringer kann auch telemedizinisch erfolgen, sofern entsprechende Kooperationsverträge vorliegen und die Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind (Ausschluss der Doppelvergütung). Die Aufwendungen, die für einen nachhaltigen Betrieb in der oben geschilderten Ausprägung zwangsläufig entstehen, werden durch das derzeitige Finanzierungssystem nach KHEntgG nicht oder nur teilweise abgedeckt. Dies betrifft insbesondere die zu fordernden Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die das		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			im Rahmen der InEK Kalkulation berücksichtigte Kostenvolumen bei Gefäßzentren im Sinne dieser Ausprägung übersteigen.		

§ 2 Besondere Aufgaben

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
3.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Das Bauch-Zentrum für Kinder und Jugendliche nimmt eine, mehrere oder alle dieser besonderen Aufgaben in Bezug auf Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation des Patienten und seiner Familie wahr.		GKV-SV: Ein konkreter Änderungswunsch wird nicht genannt. Kenntnisnahme kein Änderungsbedarf. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/DKG: Nein

Anlage 8 - Nephrologische Zentren (GKV-SV) Alternativvorschlag

§ 1 Qualitätsanforderungen (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Es fehlt die Definition eines Nephrologischen Zentrums für Kinder- und Jugendliche, die wir an dieser Stelle einfordern. Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche sind interdisziplinär aufgestellt und arbeiten zur vollumfänglichen Behandlung mit den Fächern Kinderurologie, Kinderchirurgie, Transplantationschirurgie, pädiatrische Intensivmedizin sowie allen anderen pädiatrischen Subdisziplinen zusammen. Eine Dialyseeinrichtung für Kinder- und Jugendliche am Zentrum dient der akuten und chronischen Behandlung von Nierenversagen, Entgiftungen, Stoffwechselentgleisungen, sowie Plasmapheresen und Immunabsorptionsverfahren schwerer spezieller immunologischer Erkrankungen. Hierzu ist ein regionaler organisierter Informationsaustausch auf zu bauen und Behandlungspfade fest zu legen. Regional besteht eine Zusammenarbeit und ein Netzwerk mit anderen Kinderkliniken, um Beratungen, Fortbildungen und Zusammenarbeit bei klinischen Studien zu gewährleisten. Vorstadien von Nierenversagen sollen so rechtzeitig nach Absprachen in die Zentren zu Dialysebehandlung oder zur Abwehr von Dialysebehandlungen verlegt werden. Eine Rückübernahme muss nach erfolgreicher Behandlung jederzeit möglich sein. Daten von seltenen oder komplizierten Erkrankungen werden in Registern erfasst.	Angeborene und erworbene Erkrankungen der Nieren und des Harntraktes bei Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen unterscheiden sich grundlegend vom Erkrankungsspektrum erwachsener Patienten. Kinder mit Erkrankungen der Nieren und Ableitenden Harnwege werden ausschließlich in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin behandelt und nicht in Organzentren oder Abteilungen für Erwachsenen Nephrologie. Das Spektrum der Erwachsenen Erkrankungen ist überwiegend erworben (z.B. Diabetische Nephropathie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), während Pädiatrisch Nephrologische Erkrankungen überwiegen angeboren, genetische Ursachen einschließlich Stoffwechselstörungen aufweisen. Der besondere Schwerpunkt liegt auf der Sicherstellung von Wachstum, Entwicklung und Vorbereitung für die soziale Integration. Die Behandlung soll in einem kindgerechten Setting erfolgen. Eine besondere Ausweisung von Kindernefrologischen Zentren neben Erwachsenen Zentren ist zur Qualitätssicherung dringlich erforderlich.	GKV-SV: Die Versorgung von Kindern von Kindern mit häufigen Erkrankungen der Nieren sind am Einzelfall finanzierbar. Die hier genannten seltenen Diagnosen sind im Rahmen der Zentren für seltenen Erkrankung abgebildet und dort werden diese besonderen Aufgaben (sofern erforderlich) wahrgenommen. LV: Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für von den Ländern bereits ausgewiesene oder demnächst auszuweisende Zentren. Der Vorschlag der DGKJ sollte im nächsten Jahr, wenn die Regelungen zu Nephrologischen Zentren in der AG BAZS erörtert werden, berücksichtigt werden. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche müssen einem Transplantationszentrum angeschlossen sein, um die Indikationsstellung zur Transplantation und die Pflege der Wartelisten zu gewährleisten.			
2.	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)	<u>Änderungsvorschlag:</u> „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von nephrologischen Zentren. Bis dahin gelten die Qualitätsanforderungen gemäß dem Landeskrankenhausplan, in dem das nephrologische Zentrum ausgewiesen ist. Die Ausweisung als nephrologisches Zentrum im Landeskrankenhausplan sollte vor dem 01.01.2019 (Datum Inkrafttreten PpSG) erfolgt sein.“	Die DGfN unterstützt den Alternativvorschlag des GKV-SV nachhaltig und hält diesen für sehr wichtig. Die Zahl der Nierenpatienten steigt kontinuierlich. Derzeit kann davon ausgegangen werden, dass 8-15% der Normalbevölkerung eine Nierenerkrankung haben. Spezialisierte Zentren sind deshalb notwendig, weil nur so garantiert werden kann, dass Patienten mit Notwendigkeit auch alle Möglichkeiten angeboten werden (insbesondere Nierentransplantation und Peritonealdialyse). Während die Versorgung mit Hämodialyse in Deutschland sehr gut organisiert ist, müssen für die beiden anderen Verfahren Defizite festgestellt werden. Nur nephrologische Zentren können, für die durch diese organisierten Netzwerke, in der Fläche einen breiten Zugang zu den weiteren Nierenersatzverfahren ermöglichen. Aus Sicht DGfN sollte noch eine Analyse erfolgen, wieviel Nephrologische Zentren in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesen sind und wo. Erst wenn diese Informationen vorliegen kann sichergestellt geplant werden, ob diese von der Anzahl ausreichen. Deshalb erfolgte die Änderung zu „sollte“.	GKV-SV: Bei der Anlage VIII handelt es sich um eine Übergangsregelung für bereits vor dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes im Landeskrankenhausplan ausgewiesenen nephrologischen Zentren, die besondere Aufgaben wahrnehmen. Der GKV-Vorschlag sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von nephrologischen Zentren beschließt. Mit Inkrafttreten dieser bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen können auch Zuschläge für nephrologische Zentren vereinbart werden, die nach dem 01.01.2019 im Landeskrankenhausplan ausgewiesen werden. DKG: Kenntnisnahme LV: Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für von	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Be- schluss- entwurfes (Ja / Nein)
				den Ländern bereits ausgewiesene oder demnächst auszuweisende Zentren. Der Vorschlag der DGKJ sollte im nächsten Jahr, wenn die Regelungen zu Nephrologischen Zentren in der AG BAZS erörtert werden, berücksichtigt werden.	

§ 2 Besondere Aufgaben

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
3.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Nephrologische Zentren für Kinder- und Jugendliche verpflichten sich der ganzheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Familien orientierten psychosomatischen und psychologischen Situation. Sie nehmen in Deutschland regionale Aufgaben wahr und verpflichten sich zudem zur Vernetzung untereinander zur Förderung von Wissenschaftlichem Fortschritt, Registern und zur Durchführung von Klinische Studien.		GKV-SV: s.o. lfd Nr. 16 DKG: Kenntnisnahme LV: Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für von den Ländern bereits ausgewiesene oder demnächst auszuweisende Zentren. Der Vorschlag der DGKJ sollte im nächsten Jahr, wenn die Regelungen zu Nephrologischen Zentren in der AG BAZS erörtert werden, berücksichtigt werden.	GKV-SV/LV: Nein

Nummer 1 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
4.	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)	„1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifi-	Ein großer Teil der nephrologischen Versorgung erfolgt ambulant. Deshalb Ergänzung um „ambulant“.	GKV-SV: Die Hinzunahme eines Satz der die ambulante patientenferne Leistungserbringung möglich werden lässt wird abgelehnt. Der Anwendungsbereich des	GKV-SV/KBV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		schen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.		KHEntgG erstreckt sich auf voll- und teilstationäre Leistungen der DRG-Krankenhäuser (§ 1 Abs. 1 KHEntgG). Zudem stellt der Gesetzgeber in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG klar, dass es sich bei der besonderen Aufgabe um eine Aufgabe für die stationäre Versorgung von Patienten handeln muss: „4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten [...]“. Ambulante Leistungen sind folglich nicht in die Finanzierung der besonderen Aufgaben einzubeziehen. Hier sei auch die Rechtsprechung des BVerwG vom 22.05.2014 erwähnt, die besagt: „Ambulante Leistungen sind nicht nach § 5 Abs. 3 KHEntgG zuschlagsfähig“ (Urteil des BVerwG vom 22.05.2014, 3 C 9.13, Rdnr. 38). DKG: Kenntnisnahme KBV: Derzeit sieht der Gesetzgeber keine Finanzierung von besonderen Leistungen für ambulante Patienten vor. Um dennoch die von der DGfN zurecht	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				geforderte Einbindung der ambulanten Versorgung zu gewährleisten, schlägt die KBV in ihrem Regelungstext die Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen bei stationären Patienten unter Beteiligung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vor.	

Nummer 2 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
5.	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)	2.Nephrologisches Register: die Bereitstellung, die Etablierung, die Führung und die Auswertung des Registers.	Zahlreiche Daten werden über die Qualitätssicherung erfasst, welche jetzt auch sektorenübergreifend erfolgen. Deshalb müsste im Jahr 2020 dieser Punkt noch einmal diskutiert werden.	GKV-SV: Der Sorge der Fachgesellschaft, dass es durch die Festlegung des Aufbaus eines nephrologischen Registers als besondere Aufgabe zum Aufbau von Doppelstrukturen kommen kann, wird Rechnung getragen, indem dieser Punkt in der Übergangsregelung gestrichen wird. Im Rahmen der für das Jahr 2020 angestrebten fachlichen Beratungen des G-BA zu nephrologischen Zentren, sollte dieser Punkt diskutiert werden. LV:	GKV-SV: Ja, Anlage VIII § 2 Nr. 2 wird gestrichen.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Be- schluss- entwurfes (Ja / Nein)
				Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für von den Ländern bereits ausgewiesene oder demnächst auszuweisende Zentren. Der Vorschlag der DGKJ sollte im nächsten Jahr, wenn die Regelungen zu Nephrologischen Zentren in der AG BAZS erörtert werden, berücksichtigt werden. DKG: Kenntnisnahme	

Anlage 9 – Transplantationszentren (GKV-SV)

§ 1 Qualitätsanforderungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Zentren, in denen Kinder-/Jugendliche eine Organtransplantation erhalten sollen, müssen die spezifischen Aspekte von Medizin für Kinder und Jugendliche (siehe Allgemeinteil) vollumfänglich erfüllen. Es bedarf organspezifischer Qualitätsanforderungen für pädiatrische Transplantationszentren (i.d.R. Subzentren übergeordneter Transplantationszentren).	Beispielhaft kann hier die Definition von Zentren für Lebertransplantationen von Kindern und Jugendlichen, wie sie von Melter et al 2007 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde (Melter M et al, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 23; A1-A7; 2007), herangezogen werden.	GKV-SV: s.u. lfd Nr. 2 DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV: Nein
2.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz und Gefäßchirurgie (DGTHG)	Die vom GKV-SV geforderten „Transplantationszentren“ sind in dem vorliegenden Entwurf allenfalls vage definiert, insbesondere im Hinblick auf die in einem solchen Zentrum zu transplantierenden Organe und Altersgruppen der Patienten. Sollte dieser Weg weiter verfolgt werden, wäre eine Präzisierung notwendig.	Die Anforderungen an Personal, Prozesse und Strukturen in transplantierenden Einrichtungen unterscheiden sich sowohl durch die Organe als auch durch die Altersgruppen der behandelten Patienten (Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene) grundlegend.	GKV-SV: Den Ausführungen der Fachgesellschaft wird zugestimmt, dass die Anforderungen an Transplantationszentren näher zu konkretisieren sind. Bei der Anlage IX handelt es sich um eine Übergangsregelung für bereits vor dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes im Landeskrankenhausplan ausgewiesenen Transplantationszentren, die besondere Aufgaben wahrnehmen. Der GKV-Vorschlag sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Transplantationszentren beschließt. LV:	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für von den Ländern bereits ausgewiesene oder demnächst auszuweisende Zentren. Der Vorschlag der DGTHG sollte im nächsten Jahr, wenn die Regelungen zu Transplantationszentren in der AG BAZS erörtert werden, berücksichtigt werden. DKG: Kenntnisnahme	

§ 2 Besondere Aufgaben

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
3.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Entsprechend der Eingaben des GKV-SV (Abs. 1-5) nehmen Zentren für die Organtransplantation von Kindern und Jugendlichen organspezifisch die besonderen Aufgaben von Transplantationszentren für alle entsprechenden Kinder und Jugendliche wahr.		GKV-SV: Kein Änderungsbedarf DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Anlage 10 - Kinderonkologische Zentren (GKV-SV)

§ 1 Qualitätsanforderungen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag:</u> „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gilt Übergangsweise die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 1.5.2006, zuletzt geändert am 7.11.2018. Eine Ausweisung im Landeskrankenhausplan ist nicht Voraussetzung.“	Da in den Ländern unterschiedliche Kriterien zur Aufnahme einer Kinderonkologischen Abteilung in den Landeskrankenhausplan angelegt werden, die Kriterien zu einem großen Teil für die Kinderonkologie nicht zutreffend sind, muss die Forderung des GKV-SV abgelehnt werden, dass die derzeit in den Landeskrankenhausplänen geltenden Qualitätsanforderungen bis zur Formulierung für die Kinderonkologie geltenden Forderungen zum 31.12.2020 weiter gültig sind (s.a. Stellungnahme/Begründung zu §3 (8) GKV). Aus dem gleichen Grund kann die Ausweisung im Landeskrankenhausplan vor dem 1.1.19 nicht Voraussetzung für ein Kinderonkologisches Zentrum sein, zumal aktuell in der Mehrzahl der Bundesländer noch keine Kinderonkologischen Zentren im Krankenhausplan ausgewiesen sind. Zudem wird im PpSG gefordert, dass der G-BA Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren beschließt; eine Ausweisung eines Zentrums im Landeskrankenhausplan stellt keine besondere Aufgabe dar.	GKV-SV: Die hier vorgeschlagene Regelung auf der Basis der KiOn-RL ist nach Auffassung des GKV-Spitzenverband auf die Regelversorgung von Kindern mit onkologischen Erkrankungen abgestellt. Sie eignet sich daher nicht für die Ausweisung und Wahrnehmung von besonderen Aufgaben wie vom Gesetzgeber vorgesehen. Die Ausweisung im Landeskrankenhausplan oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde ist gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 KHEntgG zwingende Voraussetzung für die Vereinbarung eines Zentrumszuschlag: „Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus.“ DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				LV: Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für von den Ländern bereits ausgewiesene oder demnächst auszuweisende Zentren. Eine Ausweisung im Krankenhausplan eines Landes ist immer die Voraussetzung für die Vereinbarung von Zentrumszuschlägen.	
2.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Änderungsvorschlag: Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2020 Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von kinderonkologischen Zentren. Bis dahin gilt Übergangsweise die Erfüllung der Kriterien der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 1.5.2006, zuletzt geändert am 7.11.2018. Eine Ausweisung im Landeskrankenhausplan ist nicht Voraussetzung.	Da in den Ländern unterschiedliche Kriterien zur Aufnahme einer kinderonkologischen Abteilung in den Landeskrankenhausplan angelegt werden, die Kriterien zu einem großen Teil für die Kinderonkologie nicht zutreffend sind, muss die Forderung des GKV-SV abgelehnt werden, dass die derzeit in den Landeskrankenhausplänen geltenden Qualitätsanforderungen bis zur Formulierung für die Kinderonkologie geltenden Forderungen zum 31.12.2020 weiter gültig sind (s.a. Stellungnahme/Begründung zu §3 (8) GKV). Aus dem gleichen Grund kann die Ausweisung im Landeskrankenhausplan vor dem 1.1.19 nicht Voraussetzung für ein kinderonkologisches Zentrum sein. Zudem wird im PpSG gefordert, dass der G-BA Qualitätsanforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren beschließt; eine Ausweisung eines Zentrums im Landeskrankenhausplan stellt keine besondere Aufgabe dar.	GKV-SV: s.o. lfd. Nr. 1 DKG: Kenntnisnahme LV: Diese Anlage beinhaltet Übergangsregelungen für von den Ländern bereits ausgewiesene oder demnächst auszuweisende Zentren. Eine Ausweisung im Krankenhausplan eines Landes ist immer die Voraussetzung für die Vereinbarung von Zentrumszuschlägen. Die Ausweisung erfolgte bisher anhand der vom jeweiligen Land festgelegten Qualitätskriterien. Dies soll auch für den Übergangszeitraum gelten.	GKV-SV/LV: Nein

§ 2 Besondere Aufgaben

Nummer 1 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
3.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Änderungsvorschlag zu Nummer 1 „Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.“	Im Änderungsvorschlag wird zusätzlich aufgenommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgegeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind (s.a. Begründung zu Anlage II onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben, Punkt 1)	GKV-SV: Der Zentrumszuschlag dient der Finanzierung besonderer Aufgaben, die über das DRG-System nicht finanziert werden können. Er dient nicht dazu eine vermutete Unterfinanzierung im DRG-System auszugleichen. Der Gesetzgeber schließt die hier geforderte Doppelfinanzierung explizit aus: „Die Vertragspartner haben zudem bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben sicherzustellen, dass diese Aufgaben nicht bereits durch die Entgelte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 oder nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder des SGB V vergütet werden.“ Drucksache 18/5372 Ebenso ist eine Finanzierung der Leistungen an eigenen Patienten nicht zuschlagfähig. Eine Tumorkonferenz ist Teil einer modernen Tumorthherapie und Teil der DRG-Vergütung. Eine Doppelvergütung darf nicht vorgenommen werden DKG/LV:	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Kenntnisnahme	
4.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Änderungsvorschlag: Interdisziplinäre onkologische Fallkonferenzen für eigene stationäre Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind, diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.	Im Änderungsvorschlag wird zusätzlich aufgenommen, dass auch interdisziplinäre Fallkonferenzen für eigene stationäre Patienten besondere Leistungen sind. Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen wird in der G-BA Richtlinie Kinderonkologie für alle pädiatrisch-onkologischen Patienten vorgegeben (§5 (1), (KiOn-RL). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zur Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind (s.a. Begründung zu Anlage II onkologische Zentren § 2 Besondere Aufgaben, Punkt 1)	GKV-SV: s.o. lfd. Nr. 39 DKG/LV: Kenntnisnahme	LV: Nein

Nummer 2 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
5.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und	Änderungsvorschlag: Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot,	Es ist wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.	GKV-SV: Die Weiterbildung des Personals obliegt zunächst, wie in jedem anderen Berufszweig auch, dem Arbeitgeber selbst	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Hämatologie (GPOH)	nicht fremdfinanziert) für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen		und ist Teil der DRG-Vergütung. Fortbildung der eigenen Mitarbeiter ist eine normale und nicht eine besondere Aufgabe. Eine zusätzliche Finanzierung durch einen Zentrumszuschlag würde eine Doppelvergütung darstellen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme LV: Kenntnisnahme	

Nummer 3 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
6.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag zu Nummer 3</u> „Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Informations-, Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Leistungserbringer, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Kinderonkologie dienen“	Es ist wünschenswert, dass an solchen Fortbildungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des veranstaltenden Zentrums teilnehmen.	GKV-SV: s.o. lfd. Nr 26 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Nummer 4 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
7.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	<u>Änderungsvorschlag zu Nummer 4:</u> „Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise und Abgabe von Behandlungsempfehlungen“	Die Unterstützer anderer Leistungserbringer erfolgt in der Kinderonkologie in der Hauptsache durch die Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise durch die Studienleitungen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien. Die Prüfung und Bewertung von Patientenakten ist hierzu nicht notwendig und wird nicht als qualitäts-fördernd erachtet.	GKV-SV/LV: Ist im Rahmen der Festlegung der kinderonkologischen Zentren zu beraten. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein
8.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	Änderungsvorschlag: Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise und Abgabe von Behandlungsempfehlungen	Die Unterstützer anderer Leistungserbringer erfolgt in der Kinderonkologie in der Hauptsache durch die Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise durch die Studienleitungen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien. Die Prüfung und Bewertung von Patientenakten ist hierzu nicht notwendig und wird nicht als qualitäts-fördernd erachtet.	GKV-SV: s.o. lfd. Nr. 45 DKG: Zustimmende Kenntnisnahme LV: Ist im Rahmen der Festlegung der kinderonkologischen Zentren zu beraten.	GKV-SV/LV: Nein

Nummer 5 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
9.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),	<u>Änderungsvorschlag zu Nummer 5:</u> „Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen externer oder inter-	Die sich an die DKG anlehrende Formulierung (Anlage II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben, Punkt 10. DKG) fordert	GKV-SV: Die Qualitätsverbessernden Maßnahmen im Rahmen des PDCA-Zyklus, die hier erstmal	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)	ner allgemeiner und spezieller Qualitätssicherungsverfahren und Darstellung derselben in einem jährlichen öffentlichen Bericht.“	ebenso die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ohne diese zu sehr zu spezifizieren.	eine Vergütung erhalten, müssen jedoch gut definiert sein um sicherzustellen, dass nicht Daten erhoben werden deren Verwendung dann aufgrund der geringen Standardisierung ausgeschlossen ist, DKG/LV: Kenntnisnahme	
10.	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Ergänzungsvorschlag: „h. Darstellung Diagnostikwege strukturell einschließlich molekulargenetischer Keimbahn- und somatischer Tumordiagnostik, Erarbeitung entsprechender SOPs in enger Abstimmung mit den GPOH-Studienleitungen im Rahmen der Referenzdiagnostik erarbeitet.“	Ca. 20% aller Tumorerkrankungen im Kindesalter haben eine genetische Ursache in der Keimbahn. Die Vorgehensweise bei welchen Tumorarten, welches Gewebe und mit welchen technologischen Parameter (QM), sollte erarbeitet und zwischen den Zentren konzertiert werden.	GKV-SV/LV: Dieser Vorschlag sollte, wenn die kinderonkologischen Zentren im nächsten Jahr abgebildet werden, erneute erwogen werden. DKG: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Nummer 6 (GKV-SV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
11.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),	<u>Vorschlag</u> Übernahme der Punkte 7 -17 aus Anhang II, onkologische Zentren, §2 Besondere Aufgaben unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge (s.o.)	S.o. Begründungen zu nachfolgenden Punkten von Anhang II, onkologische Zentren, § 2 Besondere Aufgaben: 7. DKG 7. GKV-SV 8./9. GKV-SV/DKG 10. DKG	GKV-SV/LV: Kenntnisnahme. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)		13. DKG 14. DKG		
12.		<u>Vorschlag</u> Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung.	Die Vorstellung jeder Patientin und jeden Patienten in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung wird in der Richtlinie zur Kinderonkologie als Qualitätsmerkmal eines kinderonkologischen Zentrums gefordert (§5 (1)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und die Durchführung solcher abteilungsinterner Besprechungen für erwachsene onkologischen Patienten nicht zwingend ist, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.	GKV-SV: Die Vorstellung eines Patienten in einer Abteilungsbesprechung ist Teil jeder ärztlichen Behandlung und keine besondere Aufgabe. Die Zentrumsfinanzierung dient nicht dazu einer vermuteten Unterfinanzierung in der Pädiatrie abzuhefen. DKG/LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein
13.		<u>Vorschlag</u> Regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikums Mainz	Die regelmäßige Meldung neu erkrankter Patientinnen und Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Diagnosen entsprechend Anlage 1 Liste 1 der KiOn-RL an das Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) des Universitätsklinikums Mainz ist verpflichtend (§6 (2)). Da es für einen großen Teil kinderonkologischer Fälle keine Alterssplits in den DRGs gibt, und eine Meldung erwachsener onkologischer Patienten nicht erfolgt, führt die Vorgabe der KiOn-RL zu Mehrausgaben, die in den DRGs ohne pädiatrischen Alterssplit nicht adäquat abgebildet sind.	GKV-SV: Der Vorschlag einer Vergütung einer Meldung an das Kinderkrebsregister und das Institut für medizinische Biometrie in Mainz wird abgelehnt. Es handelt sich um eine Leistung zu epidemiologischen oder Forschungszwecken und nicht um Leistungen der Krankversicherung. Die Zentrumsfinanzierung dient nicht dazu einer vermuteten Unterfinanzierung in der Pädiatrie abzuhefen. DKG/LV: Kenntnisnahme	GKV-SV/LV: Nein



Mündliche Anhörung

gemäß 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen
Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten
nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des
Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 SGB V)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 25. Oktober 2019
von 11:09 Uhr bis 14:50 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll

Angemeldeter Teilnehmer für die **Stiftung Deutsche Krebshilfe:**

Herr Gerd Nettekoven

Herr Prof. Dr. Carsten Bokemeyer

Angemeldete Teilnehmer für den **Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V (VRA):**

Herr Prof. Dr. Heinz-J. Lakomek

Herr Dr. Joachim Abrolat

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundesärztekammer (BÄK):**

Herr Dr. Günther Matheis

Angemeldete Teilnehmerin für die **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF):**

Frau Dr. Monika Nothacker

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Schmerzgesellschaft (DGS):**

Herr Thomas Isenberg

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC):**

Herr Prof. Dr. Frank Siemers

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin (DGA):**

Herr Dr. Marcus Thieme

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH):**

Herr Prof. Jörg van Schoonhoven

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO):**

Herr Prof. Bernhard Wörmann

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e. V. (GfH):**

Herr Prof. Dr. med. Olaf Rieß

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e. V. (DGKJ):**

Herr Prof. Dr. Jörg Dötsch

Herr Prof. Dr. Helge Hebestreit

Angemeldeter Teilnehmer für das **Deutsche Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR):**

Herr Prof. Dr. med. Johannes-Peter Haas

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC):**

Herr Dr. Holger Haas

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) + (DGU e. V.):**

Herr Prof. Dr. Thomas Auhuber

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP):**

Herr Prof. Dr. Torsten Bauer

Herr Prof. Dr. Christian Grohé

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie e. V. (DGPK):**

Herr Prof. Dr. Ingo Daehnert

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS):**

Frau Dr. med. Petra Lynen Jansen

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG):**

Frau Dr. Simone Wesselmann

Angemeldeter Teilnehmer für die **Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH):**

Herr Prof. Dr. Udo Kontrny

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV):**

Herr Prof. Dr. Wolf Bechstein

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG):**

Herr Prof. Dr. Jan Gummert

Herr Dr. Erich Hecker

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-/Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK):**

Herr Prof. Dr. Thomas Deneke

Herr Dr. Andreas Rolf

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Epileptologie (DGfE):**

Herr Prof. Dr. Martin Holtkamp

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKIZ):**

Herr Prof. Dr. Christian Hirsch

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR):**

Herr Prof. Dr. Claus Zimmer

Angemeldeter Teilnehmer für die **Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie e. V. (GPGE)**:

Herr Prof. Dr. Michael Melter

Angemeldeter Teilnehmer für die **Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)**:

Herr Dr. Jörg Schaper

Angemeldeter Teilnehmer für die **Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)**:

Herr Prof. Dr. Peter Hoyer

Beginn der Anhörung: 11.09 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Meine sehr verehrten Damen und Herren, herzlich willkommen im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses! Wir vollziehen die mündliche Anhörung im gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahren zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach Paragraph 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes. Wir vollziehen damit einen Regelungsauftrag, den uns der Gesetzgeber nach Paragraph 136c Absatz 5 SGB V gegeben hat. Das Stellungnahmeverfahren ist mit Beschluss vom 25. August 2019 eingeleitet worden, und wir haben heute einen allgemeinen Teil einer Richtlinie und zehn Anlagen zu bearbeiten. Deshalb sind die Voraussetzungen sehr günstig, dass wir das Wochenende hier gemeinsam verbringen können. Ich täte das gern, weil ich viele nette Bekannte sehe. Das würde aber sicherlich häuslichen Unfrieden stiften. Deshalb müssen wir versuchen, die Anhörung zu strukturieren. 41 Stellungnahmeberechtigte haben Stellungnahmen abgegeben. 32 sind heute zur mündlichen Anhörung hier. Deshalb ist ein geordneter und stringenter Verfahrensablauf notwendig.

Wir führen Wortprotokoll über die heutige mündliche Anhörung. Deshalb ist es ganz wichtig, dass Sie, wenn Sie Wortmeldungen abgeben, jeweils die dort stehenden Mikrofone benutzen, damit das auch entsprechend aufgezeichnet werden kann. Ich bitte darum, dass Sie vor jeder Wortabgabe ihren Namen und die entsendende Fachgesellschaft oder die Bundesärztekammer etc. pp. nennen, damit das zugeordnet werden kann.

Ich stelle mir den Ablauf so vor, dass ich die einzelnen Anlagen gesondert aufrufe. Den allgemeinen Teil werde ich nicht gesondert aufrufen. Denn alle, die sich zu den einzelnen Anlagen geäußert haben, haben auch zum allgemeinen Teil Stellung genommen. Ich bitte Sie daher, uns in ihren jeweiligen Statements auch die wesentlichen Anmerkungen zum allgemeinen Teil zur Kenntnis zu bringen.

Wir werden den einzelnen Stellungnehmern, die zur jeweiligen Anlage Stellung genommen haben, nacheinander die Möglichkeit geben, in zirka drei Minuten die wesentlichen Punkte ihrer Stellungnahme zusammenzufassen.

Wir haben die Stellungnahmen schon in mehreren Arbeitsgruppensitzungen besprochen, bewertet und ausgewertet. Das heißt, Sie können davon ausgehen, dass alle hier Beteiligten – also die Vertreter der Bänke, die Patientenvertreter, die Ländervertreter – wissen, was Sie geschrieben haben. Deshalb bitte ich, hier wirklich Ihre elementaren Punkte darzustellen.

Nachdem alle zu der jeweiligen Anlage, die ich aufgerufen habe, Stellung genommen haben, werden wir eine gemeinsame Fragerunde zu dieser Anlage machen. Das macht Sinn, weil sich die Fragen dann möglicherweise an verschiedene Fachgesellschaften richten, und da ist es gut, vorher zu hören, was die Einzelnen dazu gesagt haben. Dann wird jeweils die nächste Anlage aufgerufen, und wer Glück hat und nur von Anlage 1 betroffen ist, hat danach Feierabend oder kann sich sonstigen Dienstgeschäften zuwenden. Wer die Anlage 10 hat, hat ein Problem, aber dieses Problem teilt er mit mir; vor diesem Hintergrund hält sich mein Mitleid in engen Grenzen.

Ich muss zunächst für das Protokoll die Anwesenheit feststellen. Ich verzichte darauf, vorzulesen, wer alles eine Stellungnahme abgegeben hat; hierzu haben wir eine entsprechende Liste. Die wird zu Protokoll gegeben und dann zum Bestandteil der zusammenfassenden Dokumentation. Mir geht es jetzt nur um die Anwesenheit heute und hier, damit das auch entsprechend protokolliert werden kann.

Es müssten hier sein für die Stiftung Deutsche Krebshilfe Herr Nettekoven und Herr Professor Carsten Bokemeyer. – Sie sind anwesend. – Dann müssten für den Verband Rheumatologischer Akutkliniken Herr Professor Lakomek und Herr Dr. Abrolat hier sein. – Sie sind anwesend. Ebenfalls anwesend ist

für die Bundesärztekammer der Präsident der Ärztekammer Rheinland-Pfalz und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer Dr. Matheis. Frau Dr. Searle ist erkrankt.

Dann müsste für die AWMF-Fachgesellschaften Frau Dr. Nothacker hier sein. – Ich habe sie bereits gesehen. Für die Deutsche Schmerzgesellschaft ist Herr Isenberg hier; für die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen Herr Professor Siemers; für die Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin Herr Dr. Thieme; für die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie Herr Professor van Schoonhoven. Für die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie ist Herr Wörmann angemeldet, aber noch nicht hier. Für die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik ist Herr Professor Rieß anwesend; für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin die Professoren Dötsch und Hebestreit; für die Gesellschaft für Kinder und Jugendrheumatologie Professor Haas.

Für die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie ist Herr Professor Alscher gemeldet, aber nicht anwesend; für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie Herr Dr. Haas; für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie die Professoren Auhuber und Seekamp. Herr Professor Auhuber vertritt auch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie. Herr Professor Seekamp ist noch nicht anwesend.

Für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin sind Herr Professor Bauer und Herr Professor Grohé hier; für die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie Herr Professor Daehnert; für die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten Frau Dr. Lynen Jansen; für die Deutsche Krebsgesellschaft Frau Dr. Wesselmann; für die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie Herr Professor Kontny; für die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie Herr Professor Bechstein; für die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie Herr Professor Gummert und Herr Dr. Hecker, der ist aber noch unterwegs.

Ist für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie Herr Professor Berlitz hier? – Er fehlt.

Für die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-/Herz- und Kreislaufforschung sind Professor Deneke und Dr. Rolf hier; für die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie Herr Professor Holtkamp; für die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde Herr Professor Hirsch; für die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie Herr Professor Zimmer; für die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie Herr Professor Melter; für die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie Herr Dr. Schaper; für die Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie Herr Professor Hoyer.

Des Weiteren war die Gesellschaft für Neuropädiatrie angemeldet. Sie hat aber keinen Vertreter benannt. Ist jemand für die Gesellschaft hier? – Nein. Ebenfalls angemeldet war die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. Sie hat aber auch keinen Vertreter benannt. Ist für die Gesellschaft jemand hier? – Auch nicht.

Ebenfalls angemeldet war die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. Sie hat aber auch keinen Vertreter benannt. Ist für die Gesellschaft jemand hier? – Auch nicht.

Jetzt frage ich: Ist hinten noch jemand, der nicht aufgerufen wurde? – Das ist erkennbar nicht der Fall. Dann sind die gemeldeten Teilnehmer bis auf Herrn Professor Wörmann, Herrn Professor Seekamp, Herrn Hecker und Herrn Professor Berlitz da, wobei Frau Searle fehlt, die erkrankt ist. Die Anwesenheit der anderen halten wir fest, sobald sie hier eintreffen.

Dann eröffne ich die Anhörung in dem eben beschriebenen Modus. Nochmaliger Hinweis: jeweils drei Minuten; Sie sehen, wie die hinter uns eingblendete Sanduhr abläuft. Beschränken Sie sich bitte auf

die Big Points Ihrer Stellungnahme oder auf Punkte, die jetzt hier noch nachträglich eingebracht werden sollen.

Ich rufe jetzt den allgemeinen Teil in Verbindung mit der Anlage 1 – Seltene Erkrankungen – auf. Wir haben hier neun Stellungnehmer, die sich zu den Seltenen Erkrankungen geäußert haben, einige davon auch zum allgemeinen Teil.

Ich würde mit der Bundesärztekammer beginnen. Sie steht zwar nicht auf der Liste zu den Seltenen Erkrankungen, hat sich aber umfassend und auch sehr kritisch geäußert. Deshalb beginne ich gern mit Herrn Dr. Matheis.

Ich wäre dankbar, Herr Dr. Matheis, wenn Sie bei Ihrer Stellungnahme vielleicht auch einen Konnex zum Papier der Bundesärztekammer von 2015 herstellen könnten – Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums –, das ja heute noch auf der Website der Bundesärztekammer zu finden ist. Mir ist nämlich aufgefallen, dass eine ganze Reihe von Punkten, die Sie hier kritisch adressieren, wortgleich in diesem Papier zu finden sind, und das hat bei mir ein gewisses Erstaunen ausgelöst.

Ich stelle jetzt für das Protokoll fest, dass Herr Professor Wörmann um 11:22 Uhr erschienen ist. – Bitte schön, Herr Dr. Matheis, wenn Sie beginnen würden.

Herr Dr. Matheis (BÄK): Herzlichen Dank, dass wir die Gelegenheit haben, hier Stellung zu beziehen. Zum letzten Punkt, den Sie angesprochen haben, bin ich jetzt nicht hundertprozentig vorbereitet, will ich ganz offen zugeben. Gestatten Sie, dass ich mit allgemeinen Dingen beginne:

Die Bundesärztekammer begrüßt es durchaus, dass endlich Rechtssicherheit für den Terminus Zentrum oder Schwerpunkte hergestellt werden soll, weil der Begriff Zentrum ja von jedem benutzt werden kann und eigentlich ein bisschen inflationär daherkommt. Wir glauben, dass diejenigen, die tatsächlich ein Zentrum abbilden, nun auch so honoriert werden sollten, dass man das dann auch entsprechend mit Zahlen und Fakten und auch monetär hinterlegen kann.

Was ich aber dazusagen möchte – und das ist etwas Kritisches –, ist, dass die Bundesärztekammer es nicht versteht, dass im Zentrum Aufgaben und Leistungen für Patienten lediglich oder schwerpunktmäßig für andere Krankenhäuser erbracht werden sollen und nicht aus dem eigenen Beritt. Denn bei spezialisierten Zentren – ich nehme das Organkrebszentrum als Beispiel – sollen die Patientenströme ja gerade primär in die Organkrebszentren fließen und nicht von anderen zugewiesen werden. All das, was bisher bei den Organkrebszentren hinterlegt ist, haben diese Kliniken on top ohne zusätzliche Vergütung erbracht. Deswegen, glaube ich, muss man kritisch darüber nachdenken, dass auch Patienten aus dem eigenen Beritt dort unbedingt fokussiert werden sollen.

Das Zweite ist, dass zu einer ganzheitlichen Betreuung von Zentrumspatienten natürlich auch der ambulante Teil gehört. Es erschließt sich uns ebenfalls nicht oder wir sehen es kritisch, dass gerade sektoren- und expertiseverbindende Ansätze von Zentren auch im ambulanten Bereich hier ausgegrenzt werden sollen. Ich plädiere dringend dafür, dass entsprechende Zulassungen auch dafür geschaffen werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Dr. Matheis. Der Hinweis auf dieses Papier der Bundesärztekammer musste einfach sein, weil ich das gestern Abend gesehen und gedacht habe: Du kennst ihn ja gut – und jetzt guckst du mal! Das ist die übliche Nummer.

Herr Dr. Matheis (BÄK): Das habe ich mir schon gedacht. Aber das ist Ihnen auch gelungen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das ist doch schon mal ein guter Auftakt zur Warnung an die heranwachsende Jugend. – Okay, danke schön. Wie gesagt, machen die Fragerunde danach. Deshalb meine herzliche Bitte, dass Sie noch hierbleiben, bis wir diesen Komplex abgeschlossen haben.

Als Nächstes hören wir die AMWF.

Frau Dr. Nothacker (AWMF): Zuallererst, Herr Hecken, vielen Dank für die Einladung, dafür, dass Sie jetzt noch im Nachgang auch die Fachgesellschaften eingeladen haben, die zunächst nicht vorgesehen waren.

Als AWMF begrüßen wir das Vorhaben, insbesondere – wie der Vorredner schon sagte –, dass der Zentrumsbegriff dann einheitlich definiert ist, weil die Anforderungen in den verschiedenen Ländern so verschieden sind. Das Thema ist so komplex, dass wir uns wünschen – wir haben das auch vorgeschlagen –, dass Sie nach Ihrer Überarbeitung noch einmal Fragen oder eine Anhörung zulassen. Wir halten das für erforderlich. Sie werden im Verlauf der Anhörung sicher sehen, dass hier sehr viele offene Fragen sind. Zum Teil sind interdisziplinäre erforderliche Kooperationen in den bisherigen Anforderungen nicht definiert, und zum Teil fehlen Zentren ganz.

Was ich von Herrn Matheis' Aussagen auch bestätigen möchte, ist die Abbildung der Intersektoralität. Die ist unbedingt erforderlich. Und das Dritte ist natürlich, wenn die AWMF kommt: Die Implementierung von Leitlinien sollte zwingend aufgenommen werden. Es kann nicht sein, dass Zentren verpflichtet werden, ständig an Leitlinienvorhaben teilzunehmen, weil hier die AWMF-Fachgesellschaften zuständig sind, aber: Sie sollten diese implementieren.

Ein Punkt, der in unserer Stellungnahme noch nicht enthalten ist und den ich zusätzlich adressieren möchte: Wenn wir jetzt davon ausgehen, dass wir künftig eine höherwertige Versorgung in Zentren haben, bei denen vielfach Mindestfallzahlen definiert werden, dann ist es, um einen Fehlanreiz zu vermeiden, unbedingt erforderlich, unsere bisherigen Qualitätsindikatoren zu überdenken und mehr in Richtung von Indikationsqualität zu gehen, weil wir die Fehlanreize sonst nicht auffangen können.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Frau Nothacker, ich gehe davon aus, dass wir nicht noch einmal in ein Stellungnahmeverfahren gehen. Sie unterschätzen a) unsere Fähigkeiten und b) unsere Kreativität. Wir haben in der Anhörung sehr viel Material gesammelt, sodass ich glaube, dass man auf der Basis dieser im Stellungnahmeverfahren abgegebenen Anregungen doch einen relativ guten Beschluss fassen kann.

Wenn Sie adressieren, dass Zentren ganz fehlen, will ich hier sagen, dass wir hier selbstverständlich keine abschließende Regelung treffen. Das ist auch mehrfach öffentlich publiziert worden. Wir werden – das sehen Sie auch an den Übergangsregelungen – selbstverständlich im nächsten Jahr weitere Bereiche planen. Nur: Wenn ich abwarte, bis das Gesamtkunstwerk fertig ist, sitzen wir in vier Jahren noch hier. Und es ist ein Wesensfehler des Gesundheitssystems, dass an mancher Stelle – und das wird ja häufig auch dem G-BA vorgeworfen – an einem Gesamtkunstwerk geschmiedet wird, während man notwendige und mögliche Teilschritte zur Erreichung dieses Gesamtkunstwerks dann unterlässt. Wir wollen also stufenweise vorgehen.

Danke schön, die Fragerunde folgt nachher.

Ich rufe nun die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie auf. Ist von dort jemand vertreten? – Nein. Nun bitte für die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.

Frau Dr. Lynen Jansen (DGVS): Ich habe meinem Vorredner eigentlich nicht viel hinzuzufügen. Auch wir haben in unserer Stellungnahme erwähnt, dass wesentliche Krankheitsbilder in der bisherigen Zentrumsdefinition fehlen, dass die Intersektoralität berücksichtigt werden muss und wir als Fachgesellschaft auch zur Verfügung stehen, uns an der Definition von Qualitätsindikatoren zu beteiligen. Da sind wir inzwischen sehr aktiv.

Ich möchte mich grundsätzlich auch bedanken, weil die ganze Diskussion oder die Stellungnahme bei uns durchaus auch etwas in Bewegung gebracht hat, sodass wir uns darüber Gedanken machen müssen, welche Zentren wir in Zukunft wollen.

Ich habe Sie so verstanden, dass ich mich auch zu Anlage 1 äußern soll. Dann würde ich jetzt zu den Seltenen Erkrankungen übergehen. Leider ist der Experte nicht dabei, sodass ich eigentlich nur berichten kann. Ich möchte auch nur zwei wesentliche Punkte zur Anlage Seltene Erkrankungen herausgreifen, und zwar ist das einmal § 1 – Qualitätsanforderungen – Absatz 2 Nummer 2. Da geht es um die Definition von Mindestanzahlen von B-Zentren, die vorgehalten werden sollen. Wir halten diese Mindestzahl nicht für zielführend, weil viele Zentren sehr unterschiedlich starke Patientengruppen haben, die sich dann in dieser Mindestfallzahl verlieren würden.

Der zweite Punkt, den ich gern adressieren möchte, sind die in § 1 Absatz 4 definierten Mindestfallzahlen. Da wird eine avisierte Mindestfallzahl von 5 000 behandelten Patienten stationär gefordert. Das ist aus unserer Sicht nicht realistisch und entspricht überhaupt nicht dem, was Zentren grundsätzlich – auch große Zentren – stationär behandeln. Daher von uns der Vorschlag, auch die ambulanten Patienten, die zu einem solchen Zentrum gehören, zu berücksichtigen, zu diesen Zahlen insgesamt noch einmal genauer zu recherchieren und zu überlegen, wie die Mindestfallzahl aussehen könnte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wenn ich Sie richtig verstanden habe, sagen Sie: überhaupt keine Zahlennennung bei den B-Zentren. – Was die 5 000 angeht, waren wir eigentlich der Auffassung, dass das – auch nach unserer Recherche – ein Standard ist, der eigentlich auf der Basis der heutigen Behandlungssituation in diesen A-Zentren locker erreichbar wäre. Deshalb verwundert mich die Aussage zu der Zahl 5 000. Wir haben natürlich mit Leuten gesprochen und haben gehört, dass das eher zu niedrig wäre.

Frau Dr. Lynen Jansen (DGVS): Ich habe mit unseren Experten gesprochen. Die halten diese Zahl für deutlich zu hoch. Ich habe gestern mit einem Experten aus einem Zentrum in Düsseldorf gesprochen. Der meinte, die ganze Uni Düsseldorf habe eine Fallzahl von 40 000 stationären Patienten pro Jahr. Wenn man das einmal auf das Zentrum herunterrechnet, kommt das irgendwie nicht hin. Ich kann Ihnen jetzt keine konkrete Zahl liefern, würde aber sehr darum bitten, dass man noch einmal genau nachschaut, wie die Zentren aufgestellt sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, das ist wichtig, denn wie gesagt: Meine Wahrnehmung war, dass man da tendenziell eher noch ein bisschen höher gehen könnte. Aber okay, danke. Die Fragerunde folgt ja nachher.

Dann haben wir als Nächstes die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik.

Herr Prof. Rieß (DfH): Olaf Rieß, Medizinische Genetik Uni Tübingen und auch ZSE Tübingen. Vielleicht erst einmal: Wir begrüßen sehr, dass wir Standards und Entwicklungen für solche Zentrenbildungen für Seltene Erkrankungen entwickeln. Letztendlich ist das die konsequente Fortführung des NAMSE-Prozesses, und wir glauben, dass das letztendlich ein richtiger Schritt ist.

Wir begrüßen auch, dass die Humangenetik überall prominent mit erwähnt ist. Man mag daran erinnern: 70 Prozent aller seltenen Erkrankungen sind monogen genetisch bedingt.

Wir würden es stark begrüßen, wenn sehr viel Wert darauf gelegt würde, dass die Humangenetik von den universitären Einrichtungen kommt, denn es gibt viel Interdisziplinarität, Fallbesprechungen usw. Das ist ein wichtiger Punkt.

Zu den einzelnen Paragraphen möchte ich sagen, dass wir von ZSE-Seite meine Vorredner unterstützen, dass wir stationär – selbst in Tübingen – die 5 000 nicht erreichen. Ambulant liegt die Zahl weit darüber, aber stationär ist es eine hohe Zahl. Wir betrachten auch die 50 interdisziplinären Fallkonferenzen pro Jahr mit auswärtigen B-Zentren als hohe Nummer, weil wir ja die internen Fallkonferenzen auch noch haben. Die externe Einbindung von fünf externen B-Zentren halten wir auch für relativ hoch. Das sollten lokale Begebenheiten sein. – Das waren die allgemeinen Einführungen. Speziell zu verschiedenen Paragraphen:

Dort steht dann explizit Exom-Sequenzierung usw. in der Humangenetik. Wir möchten von klaren Vorgaben wie Exom-Modus usw. abgehen, denn die Entwicklung ist so dramatisch, dass wir da sicherlich Genome und RNA-Seq in den nächsten ein, zwei Jahren haben. Wir plädieren mehr für umfassende genetische Analysen.

Weiterhin zählen wir auch – es steht irgendwo im DKG-Vorschlag, Punkt 11 –für die Registerbildung oder zumindest für eine klare Dokumentation der gelösten Fälle. Wir würden es stark begrüßen, wenn man die ungelösten Fälle mit berichten muss, denn das ist eine große Herausforderung, daran zu erinnern, dass umfassende genetische Analysen momentan nur 50 Prozent aller Seltenen Erkrankungen klären. Also verdient auch das, glaube ich, unsere Aufmerksamkeit. Soweit zum einführenden Teil.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Wäre an diesem Punkt jetzt auch der allgemeine Teil zu besprechen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, können Sie. Sie bekommen nachher noch zwei oder drei Minuten.

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Zunächst einmal: Die Situation der Kinder- und Jugendmedizin ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ein sehr umfangreiches Fach ist und die Zentren, die wir im Moment hier vorfinden, nur einen Teil der Kinder- und Jugendmedizin repräsentieren. Deswegen halten wir es für sehr wichtig, dass die Struktur berücksichtigt, dass Dachzentren für Kinder- und Jugendmedizin der Ausgangspunkt für die Zentrenbildung und auch für die Besetzung der fachlichen Kompetenz in den Zentren darstellen. Dort, wo das nicht der Fall ist, beispielsweise in Herzzentren oder auch in rheumatologischen Zentren, die möglicherweise nicht einem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin angeschlossen sind, plädieren wir sehr stark dafür, dass dort spezifische kinder- und jugendärztliche Kompetenz vorgehalten wird, falls nötig mit den entsprechenden Zusatzbezeichnungen.

Der zweite Punkt, der uns in diesem Kontext wesentlich erscheint, ist, dass bei den Zentrendefinitionen kein Bezug auf den Landeskrankenhausplan erfolgt, denn dieser ist sehr heterogen für die verschiedenen Bundesländer und würde möglicherweise die Zentrenbildung an den einzelnen Standorten unterminieren.

Der dritte Punkt, der uns wesentlich erscheint, ist – und das ist auch schon im Hinblick auf die Seltenen Erkrankungen zum Ausdruck gekommen –, dass Pädiatrie den Auftrag hat, letztlich nicht nur aus Sicht

der Patientinnen und Patienten, sondern auch aus Sicht der Kosteneffizienz zunehmend ambulant oder teilstationär zu arbeiten, sodass uns die Fokussierung auf stationäre Behandlungsfälle im Hinblick auf die Zentren aus diesen beiden Punkten heraus nicht zielführend erscheint. – Das sind meine wesentlichen Punkte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Dötsch. – Dann Herr Professor Hebestreit, bitte.

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Vielen Dank für die Gelegenheit, für die DGKJ zu den Zentren für Selten Erkrankungen Stellung zu nehmen. Ich habe ein paar Punkte, die ich gern ansprechen möchte. Aus den Qualitätsanforderungen sind auch schon einige Punkte genannt.

5 000 Patienten mit der Hauptdiagnose einer Seltenen Erkrankung stationär kodiert nach Alpha-ID oder Orpha-Kennnummer: Das ist aus unterschiedlichen Gründen unreal. Die Deutschen Kodierrichtlinien erlauben nicht, eine seltene Erkrankung als Hauptdiagnose zu stellen, sondern fast immer – ich habe die Beispiele dabei – muss man das, was in dem Krankenhausaufenthalt wirklich behandelt worden ist, dort auch kodieren. Das heißt, Sie können nicht eine Erkrankung kodieren, sondern nur, wenn ein Herzfehler dabei ist, den Herzfehler, der dann chirurgisch versorgt worden ist – aber die Erkrankung selbst ist gar nicht dabei. Vorschlag da ist eben, die Diagnose zu stellen und die Diagnose zu nutzen und aus den Patienten Fälle zu machen. Dann, denke ich, sind die 5 000 auch realistisch und auch abbildbar, zumal wir laut Kodierleitlinie mit Alpha-ID und Orpha-Kennnummer im Moment ja gar keine Hauptdiagnose kodieren dürfen.

Der zweite Punkt ist auch angesprochen worden: die fünf externen B-Zentren, die durch ein A-Zentrum koordiniert werden sollen. Wenn es sich dabei um Zentren handeln soll, die kleineren Kliniken angegliedert sind, gibt es im Moment qualitätsgesichert kaum Zentren in Deutschland, die dafür infrage kämen. Wenn ich annehme, ich sollte jetzt mit einem A-Zentrum in einer Stadt X B-Zentren anderer Uniklinika koordinieren, dann müsste das erst einmal geregelt werden. Es macht auch inhaltlich meist wenig Sinn, weil die B-Zentren sich untereinander vernetzen und nicht so sehr über die A-Zentren vernetzt werden. Als Qualitätsanforderung ist das also sehr kritisch.

Ein weiterer Punkt: Humangenetisches Institut am Standort eines Zentrums: Ich war früher naiv, wusste nicht, was Standort heißt, weiß aber nun: Es muss innerhalb von zwei Kilometer Umkreis liegen. Es gibt viele humangenetische Institute, die zum Teil aber weit weg sind. Da ist es viel sinnvoller, einen Humangenetiker vor Ort zu haben, mit dem man Dinge mit entsprechender Bioinformatikexpertise diskutieren kann, um Zugang zu einem Institut zu haben.

Bei den Leistungen und Aufgaben würde ich gern der Bundesärztekammer noch einmal beipflichten. Wenn da Leistungen erbracht werden, die nur für Patienten im stationären Sektor eines kleinen Krankenhauses sind, dann bekommt dieses periphere Krankenhaus Geld indirekt, weil es die Leistung bezieht. Und das eigene Haus, das für die eigenen Patienten ja im Zentrum eine hohe Qualität anbieten, spricht auch Fallkonferenzen machen soll, kriegt die gleiche DRG, aber keinen Zuschlag. Das ist aus meiner Sicht nicht nachvollziehbar. Da würde ich auch anregen, zu überlegen, ob nicht zumindest die Abklärung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts auch eine vergütbare Leistung ist, denn ich denke, man kann durch Fallkonferenzen mit einem Experten oft auch eine stationäre Aufnahme vermeiden.

Der letzte Punkt: Wir sollen Register befüllen – als Qualitätsanforderung. Diese Registerbefüllung ist eine Zusatzarbeit, die zum Teil auch vom A-Zentrum geleistet werden soll, wenn es die B-Zentren nicht

selber machen, die extrem aufwendig ist, die sicher nicht von kleineren Kliniken gemacht wird. Und: Wenn man Daten erfasst haben möchte, sollte man das auch als Aufgabe mitdefinieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Wir werden sicherlich bei der Fragerunde darauf zurückkommen. – Als Nächstes ist die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie an der Reihe. Herr Dr. Schaper, bitte.

Herr Dr. Schaper (GPR): Ich vertrete hier die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie. Unsere Hauptkritik an den bisher erstellten Dokumenten ist, dass für die Zentren für Seltene Erkrankungen selbstverständlich die Pädiatrie und die Humangenetik genannt werden, aber die Kinderradiologie schlichtweg vergessen wurde. Wir fühlen uns ein bisschen wie Stiefkinder, die etwas vernachlässigt werden.

Wenn ich an meinen Alltag denke, so haben wir jeden Tag Kommunikation über Seltene Erkrankungen mit den Pädiatern, mit den Humangenetikern. Das ist ein eingespieltes Team, wenn ich es einmal so sagen darf. Ich kann mir nicht vorstellen, dass andernorts Seltene Erkrankungen, für die häufig radiologische Expertise gefordert wird, nicht vorhanden sind. Ich sehe das gute Beispiel der Pädiatrischen Onkologie, die für ihre Zentren ja gefordert hat, dass auch Kinderradiologie vor Ort ist, weil sie genau wissen: Wir unterscheiden uns als spezialisierte Kinder- und Jugendradiologen in unserem Wissen noch einmal grundlegend von der Allgemeinradiologie.

Wir halten es für absolut erforderlich, dass in den strukturellen Anforderungen für Zentren für Seltene Erkrankungen auch ein, besser zwei Kinderradiologen vor Ort sein müssen, um ein gut funktionierendes Team aufstellen zu können. – Das ist meine Hauptmessage.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Tut mir leid, wenn Sie vielleicht in der Betrübnis waren, Sie und die gesamte Gesellschaft seien Stiefkinder. Das bereitet mir körperlichen Schmerzen, weil wir doch immer dem Menschen zugewandt sind. Wir werden das selbstverständlich noch einmal prüfen. Wir kommen gleich darauf zurück.

Dann bitte die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Herr Prof. Dr. Bechstein (DGAV): Ich danke für die Einladung. Die DGAV setzt sich seit 2008 für Zentrenbildung ein. Wir haben über 330 zertifizierte Zentren und begrüßen das. Allerdings fehlen in diesem ersten Entwurf Zentren wie Adipositaszentren, endokrine Zentren und Beckenbodenzentren, um nur einen Teil zu nennen.

Zu den Anlagen darf ich auch Stellung nehmen, und zwar: Es wird für Onkologische Zentren vorgeschlagen, dass nachweisbare Behandlungen und Diagnostikerfahrungen in mindestens fünf Tumorentitäten da sind. Das ist prinzipiell gut, aber wir schlagen vor bzw. bitten zu erwägen, das auf drei Tumorentitäten zu beschränken. Wenn man zum Beispiel die häufigsten Krebserkrankungen – Darmkrebs, Brustkrebs und Prostatakrebs – nimmt, dann ermöglicht das vielen Zentren, an einer qualitativ hochwertigen Versorgung teilzunehmen und auch eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen.

Des Weiteren: Die Überprüfung der Mindestfallzahlen erfolgt jetzt ja quartalsweise. Da es saisonale Schwankungen gibt, schlagen wir vor, jeweils den Mittelwert über die letzten zwei Jahre zu erheben.

Bei der Festlegung der Qualitätsindikationen in den Qualitätsberichten sollten auch die jeweiligen die Grundkrankheit behandelnden Fachgesellschaften zur Definition dieser Qualitätskriterien befragt werden und diese von ihnen hinterlegt werden.

Schließlich zum Tumorregister, was ja ein wesentlicher Punkt für die Qualitätssicherung ist: Wir schlagen wir vor, dass die Registerdaten von der DGAV, von der StuDoQ-Dokumentation mit herangezogen

werden, denn diese erlauben eine verbesserte Darstellung von kurzfristigen Effekten, auch Morbidität, Komplikationen und solchen Dingen und eben nicht nur Langzeitüberleben, was aus unserer Sicht für qualitativ hochwertige Versorgung wichtig ist.

Und als Letztes vielleicht: Die Definition der wohnortnahen Versorgung über 60 Pkw-Minuten ist eine Betonung des Individualverkehrs. Inwieweit der noch so durchführbar ist, ist eine Frage dessen, wie man das berechnen will. Das ist oft nicht realistisch, weiß jeder Routenplaner. Google-Maps funktioniert nicht. Ich denke, da sollte man doch einen anderen Maßstab hineinnehmen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank für diese Stellungnahme, die sich ja in erster Linie auch auf Anlage 2 bezog.

Ich stelle es mir sehr spannend vor, Adipositaszentren in Unkenntnis dessen, was Adipositas ist oder ab wann Adipositas als eigenständige Krankheit bezeichnet wird, zu definieren. Ich kenne die Genese ja seit etwa 25 Jahren und die Diskussionen in der WHO, die sich bislang jedenfalls immer mit dem sehr fragilen Konstrukt behilft, dass man sagt, ab BMI 35 ist die Adipositas behandlungsbedürftig, egal, ob sie eine eigenständige Krankheit ist, weil sie ansonsten eben Komorbiditäten nach sich zieht. Auf der Basis dann ein Adipositaszentrum zu errichten, ist schwierig, auch wenn es im Augenblick einen pharmazeutischen Unternehmer gibt, der eine Adipositas-Pille erfunden hat und deshalb mit Macht versucht, die eigenständige Deklaration als Krankheit durchzusetzen.

Danke für Ihre Ausführungen. Wir kommen zum Nächsten, zur Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. Wer vertritt sie? – Niemand. – Dann frage ich: Ist noch jemand hinten, der etwas zu seltenen Erkrankungen gesagt hatte, der noch nicht vorn war? – Das ist nicht der Fall. Dann eröffne ich die Fragerunde. Wer möchte? – GKV. Bitte schön.

GKV-SV: Wir haben noch eine Frage zum Thema Humangenetik. Da ist ja jetzt ausgeführt worden, dass wir auf der einen Seite im Bereich der seltenen Erkrankungen etwa 70 Prozent Erkrankungen haben, die auf humangenetische Veränderungen zurückgehen. Auf der anderen Seite wurde ausgeführt, dass es zu viel sei, hier ein Institut für Humangenetik zu fordern. Wäre es denn aus Ihrer Sicht sinnvoll, dass zumindest die fachärztliche Expertise vor Ort im Zentrum ist, selbst wenn man jetzt ausführen würde, dass die Analysen auch an anderer Stelle durchgeführt werden können?

Herr Prof. Dr. Rieß (GfH): Danke für die Frage. Wir sind noch einmal auf den Standortbegriff unter dem Aspekt, dass nicht mehr als zwei Kilometer zwischen den Standorten liegen dürften, hingewiesen worden. Natürlich entspricht das nicht unseren universitären Einrichtungen. Da ist manchmal zwischen den einzelnen Instituten mehr Platz. Ich denke, man sollte trotzdem darauf achten, dass es universitäre Einrichtungen sind aufgrund der Sache, dass wir hier nicht normale humangenetische Patienten diskutieren, sondern in interdisziplinären Fallkonferenzen komplexe schwierige auch genetische Konstellationen diskutiert werden. Wir haben bei vielen Patienten mehrere genetische Ursachen, die möglicherweise die Ursache des Krankheitsbildes sind. Das heißt, man braucht ein interdisziplinäres Team und nicht einen einzelnen Facharzt, den man dort tatsächlich mit einbinden kann. Der einzelne Facharzt sollte unserer Meinung nach aus einem solchen Zentrum kommen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke, Herr Professor Rieß. – Weitere Fragen dazu? – Ja, bitte schön, die GKV noch einmal.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an die DGKJ, an Herrn Professor Dötsch. Ich will es nicht verhehlen: Wir haben auch eine Diskussion darüber gehabt, wie wir jetzt die Kinder mit in dem Zentrumskonstrukt abbilden, und haben uns dafür entschieden, jeweils in den einzelnen Fachbereichen das Thema Kinder

aufzurufen. Sie sprachen jetzt von Dachzentren, also dieser Struktur, die Sie noch darüber stellen wollen. Können Sie uns da zwei, drei Kriterien nennen, denn wir haben uns sehr schwergetan, Kriterien für diese Dachzentren zu finden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Professor Dötsch, bitte.

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Vielen Dank für die Frage. Hintergrund ist letztlich auch – um das noch einmal zu erläutern –, dass wir da eine sehr heterogene Systematik auch in den Zentrendefinitionen haben. Die Kinderonkologischen Zentren sind beispielsweise, und das begrüßen wir sehr, sehr prominent dargestellt. In anderen Bereichen werden die Kinder zum Teil gar nicht erwähnt. Insofern erscheint es uns wichtig, dass wir hier eine übergreifende Struktur haben, die sicherstellt, dass Kinder und Jugendliche betreut sind.

Ein Kriterium hierfür? Wir haben ein Kriterium – und das wird auch von den Landesregierungen der einzelnen Bundesländer zum Teil vehement nach vorn gebracht, und es wird auch gefordert, ein Siegel zu erwerben – das nennt sich „Ausgezeichnet für Kinder“. Das könnte das Kriterium sein, um ein Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin zu definieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Eine Nachfrage? – Das ist nicht der Fall. – Gibt es weitere Fragen? – Bitte.

Herr Prof. Melter (GPGE): Ich möchte ergänzen, dass ein wesentlicher Faktor für die Konstellation für Kinder und Jugendliche ist –, was in den Zentrenkonstellationen, die bisher vorliegen, nicht berücksichtigt worden ist – nicht nur die speziellen Erkrankungen, sondern insbesondere die Auswirkungen von Erkrankungen auf ein in der Entwicklung befindliches Individuum immer explizit zu berücksichtigen, da sich das nicht auf einzelne Organe reduzieren lässt. Das ist das einzige Fach, was das abbildet, und deswegen braucht es die übergeordnete Konstellation, dass eine chronische Erkrankung unabhängig von ihrer Organogenese immer auch einen unmittelbaren Einfluss diesbezüglich hat.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön für diese Ergänzung, Herr Prof. Melter. – Gibt es dazu Nachfragen? – Die Patientenvertreter.

PatV: Nicht direkt dazu, sondern ich hätte eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, an Professor Hebestreit. Er hatte in seinen Ausführungen in Bezug auf Mindestfallzahlen einen Unterschied zwischen „Patienten“ und „Fällen“ gemacht. Im Vorschlag steht ja Patienten. Ich möchte ihn fragen, wo er da den Unterschied sieht.

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Es ist so, dass wir in der Kodierung von Patienten eines Klinikums typischerweise stationäre Aufenthalte, manchmal auch mehrere, wenn sie rasch aufeinander folgen, oder ambulante Quartale als Fall bezeichnen, während wir beim Patienten typischerweise davon ausgehen, dass es derselbe Mensch ist, der aber natürlich mehrfach an unterschiedlicher Stelle im Krankenhaus auch stationär behandelt werden könnte.

Wenn es um Datenübermittlung an Krankenkassen geht, sind diese Übermittlungen primär erst einmal fallbezogen, und die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind auch fallbezogen. Insofern würde es viel einfacher sein, wenn man die gängigen Zählweisen benutzte, das Ganze auf Fälle und nicht auf Patienten zu beziehen, denn diese Fälle müsste man dann hinterher wieder zusammenführen und schauen, wer ist doppelt gezählt, wer ist nur einmal gezählt, um überhaupt auf eine Zahl zu kommen.

Wir wissen alle nicht, wie viele Patienten mit einer Seltenen Erkrankung wirklich stationär in einem Krankenhaus der Maximalversorgung behandelt werden. Das Uniklinikum Dresden hat das einmal geprüft und ist auf ungefähr 17 Prozent aller stationären Fälle gekommen, die auch die Diagnose einer Seltenen Erkrankung haben, aber nicht die Hauptdiagnose einer Seltenen Erkrankung. Insofern war der Vorschlag, sich auf eine Diagnose einer Seltenen Erkrankung im stationären Bereich und auf Fälle zu beziehen, weil das logistisch viel einfacher zu erfassen ist, aber eben auch überhaupt kodierbar und abbildbar. Ansonsten müssten die Kodierleitlinien komplett geändert werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Bevor ich der Patientenvertretung noch einmal das Wort gebe, eine Nachfrage: Wenn man bei Patienten bliebe: Was wäre denn dann eine realistische Größenordnung, wenn wir sagen, der Patient ist okay, die Fälle sind natürlich dann einfacher zu erreichen? Aber wo müsste man hingehen? Denn wir wollen ja keine surrealen Zahlen hier abbilden.

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Wir wissen es alle nicht wirklich, weil wir das bisher gar nicht entsprechend kodieren und gar nicht beurteilen konnten, aber wir schätzen schon, dass 3 000 bis 4 000 Patienten mit einer Seltenen Erkrankung pro Jahr stationär in einem Krankenhaus der Maximalversorgung, einem universitären Klinikum behandelt werden. Wir wissen es aber nicht. Aber bei den Fällen und den Diagnosen, da wissen wir es, zumindest für Dresden, und das ist, denke ich, schon repräsentativ für den Rest der Bundesrepublik.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, danke. – Noch einmal Patientenvertreter.

PatV: Würden Sie denn sagen, dass die Expertise der Zentren für Seltene Erkrankung hauptsächlich aus dem stationären Bereich kommt? Oder kommt sie vielleicht auch aus dem ambulanten Bereich?

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Nein, es ist ganz klar, dass die Hauptexpertise dieser B-Zentren aus der ambulanten Versorgung eines in der Regel lebenslang betroffenen Patienten, der hin und wieder auch stationär geführt wird, stammt und dass natürlich, wenn wir Fallkonferenzen über Patienten anderer Kliniken machen, eben unsere stationäre Erfahrung mit ein, zwei, drei Patienten, die im Jahr vielleicht auf dieser Station waren und nicht auf einer anderen, nicht ausreicht, sondern da holen wir uns natürlich die Experten aus den B-Zentren dazu, die da die Beratungen auch machen – manchmal sind es ja die eigenen Patienten, die irgendwo woanders jetzt stationär sind – und damit auch ganz konkret Auskunft geben können.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ich habe eine Frage. Sie hatten auch Kritik an dieser Vorschrift, dass wir fünf B-Zentren vorschreiben und das sozusagen in einem A-Zentrum organisieren, mit der Begründung, die B-Zentren würden sich untereinander vernetzen. Nun ist es ja so, dass das A-Zentrum koordinierende Funktion haben soll und wir gerade deshalb diese Hierarchie auch mit vorgeschrieben haben, also eine Verbindung der B- und der A-Zentren, damit das nicht losgelöste Ebenen nebeneinander sind.

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Das war vielleicht von mir missverständlich ausgedrückt. Es gibt ja zwei Qualitätsanforderungen. Es gibt fünf interne B-Zentren, deren Struktur – Meldesysteme, Datenaustausch, Registermeldungen usw. – vom A-Zentrum koordiniert wird. Das ist einfach, die sind typischerweise in einem Klinikum, sozusagen unter einem Dach untergebracht. Da hat man denselben Träger und kann komplett zugreifen und Qualitätssicherung machen.

Dann gibt es aber eben als zweite Qualitätsanforderung fünf externe B-Zentren, die durch ein A-Zentrum koordiniert werden können. Und da könnte man sich jetzt zwei grundsätzlich unterschiedliche Wege vorstellen, wie man so etwas realisieren kann. Man könnte sagen, es gibt B-Zentren, die an ein externes Krankenhaus angegliedert sind, die alle Kriterien eines guten B-Zentrums erfüllen, die aber gar kein A-Zentrum haben, weil dieses Krankenhaus kein A-Zentrum hat. Von diesen B-Zentren gibt es in Deutschland ganz, ganz wenige, und es ist auch nicht sehr wahrscheinlich, dass es in der Zukunft sehr viel mehr davon geben wird. Aber es gibt sie. Und diese B-Zentren suchen natürlich Anschluss an ein A-Zentrum, nicht so sehr, weil es um Abrechnungsfragen geht, sondern weil es um Wissensvermittlung, telemedizinische Konstrukte, Datenschutzkonzepte, Register usw. geht; die brauchen also auch die Unterstützung. Aber da werden wir nie auf fünf kommen. Da können wir froh sein, wenn wir eins pro Zentrum finden – aktuell zumindest.

Dann gibt es natürlich die denkbare Variante, wir haben irgendwann einmal eine gewisse Zahl von A-Zentren, die haben alle viele B-Zentren, und manche dieser Krankheitsbilder in den B-Zentren werden von mehreren Uniklinika betreut. In mehreren B-Zentren wird das gleiche Krankheitsbild betreut. Da ist natürlich eine Vernetzung sinnvoll, und diese Vernetzung findet auch statt, zum Beispiel über die Europäischen Referenznetzwerke, über Clinical Trial Networks, wo man gemeinsam Studien bei Seltenen Erkrankungen durchführt. Aber diese Vernetzung findet eben auf B-Zentrumsebene statt, die wird nicht durch ein A-Zentrum koordiniert, sondern da vernetzen sich die B-Zentren miteinander, um Erfahrungen auszutauschen, gemeinsame Studien durchzuführen usw. Das wird im Moment zumindest koordiniert.

Es macht es auch eher schwieriger, wenn dann ein A-Zentrum, das von diesem Krankheitsbild vielleicht überhaupt keine Ahnung hat, dann für diese Krankheitsbilder koordinieren sollte. Denkbar ist das, wenn man das in Zukunft unbedingt haben will, aber ich glaube, es ist eher zusätzlicher Bürokratismus. Die B-Zentren bekommen die Unterstützung, ohne Frage. Ich war mir jetzt nicht sicher, in welche Richtung diese fünf externen B-Zentren gedacht waren, aber beide Richtungen sind aus meiner Sicht denkbar. Aber: Beide sind zumindest aktuell problematisch.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Hebestreit. – Weitere Fragen dazu? – Die Patientenvertreter noch einmal, bitte schön.

PatV: Herr Professor Hebestreit, könnten Sie bitte noch einmal Ihren Standpunkt zu den Instituten für Humangenetik ausführen? Ich habe das nicht ganz nachvollziehen können, weil ich immer der Meinung war, dass Zentren an universitäre Kliniken angegliedert seien, und dort gibt es ja dann die Institute für Humangenetik.

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Ja. Das Problem bei den Instituten ist der Begriff Standort. Als ich das zum ersten Mal gelesen habe, dachte ich: Alles klar, fast jedes Uniklinikum hat am Ort des Uniklinikums irgendwo ein Institut für Humangenetik. – Aber ich habe dann gelernt, dass Standort bedeutet, dass dieses Institut für Humangenetik Teil des Uniklinikums sein muss. Es darf nicht Teil nur der Universität sein, und es darf maximal zwei Kilometer entfernt liegen. Und dieser Entfernungsbegriff wird für viele Uniklinika ein echtes Problem sein. Selbst in Würzburg, was extreme Kessellage hat, wo alles extrem nah beieinanderliegt, ist das Institut für Humangenetik weiter als zwei Kilometer entfernt. Das ist in vielen großen Städten auch so. Für uns war daher relativ klar: Wir brauchen die Humangenetik, überhaupt keine Frage, und die muss auch vor Ort vertreten sein, denn man muss direkt miteinander über Patienten reden können. Und man braucht einen Zugang zu dem Institut. Aber das Institut muss eben nicht am Standort sein – also nach dem Standortbegriff: zwei Kilometer Umkreis, gleiche Einrichtung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Ja, das ist ein alter Dauerbrenner. Herr Wörmann wird uns das sicher gleich am Beispiel der Charité erklären können. Charité – Hauptstandort Bettenhaus, Virchow-Klinikum dann der zweite Standort? Ich weiß nicht, ob man da die zwei Kilometer hat oder nicht. Das würde bedeuten, die Spezialeinheit wäre jetzt am „Hauptstandort“ Humangenetik bei Herrn Wörmann am Virchow-Klinikum. Dann wäre dieser Standortbegriff schon nicht mehr erfüllt. Das ist einfach der Punkt. Um das zu erkennen, brauchen wir gar nicht weit zu fahren. Man muss sicher darüber nachdenken. Bei maximalinvasiven und eilbedürftigen Dingen ist es natürlich hilfreich, wenn die Notfallversorgung am Standort vorgehalten wird. Ob jetzt unbedingt die Humangenetik da sein muss, werden wir diskutieren – in aller Offenheit, die uns zu Gebote steht. – Jetzt noch einmal GKV-SV, Frau B.

GKV-SV: Noch einmal zu dem Punkt Humangenetik.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Entschuldigung, Sie müssen aber auch noch etwas zu den Kinder-radiologen fragen.

GKV-SV: Das würde aber heißen, dass Sie schon befürworten würden, dass man vor Ort im Zentrum Expertise, also jemanden hat, der zum Beispiel betroffenen Patienten humangenetische Analysen erklären kann. Davon unterscheiden würden Sie das Institut, das sozusagen für die tatsächliche Durchführung von Analysen zuständig ist. Das haben wir ja in unserem Entwurf durchaus vorgesehen, dass das woanders sein kann, sodass wir nur einen Experten, der diese Analysen auswerten kann, vor Ort haben müssen. Wir könnten uns vorstellen, das auch sprachlich noch einmal besser zu fassen, damit das verständlich ist. Wäre das etwas, was Sie teilen würden?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich hatte Herrn Professor Hebestreit so verstanden, dass er gesagt hat: Wo das Institut ist, ist im Prinzip egal, es gibt aber Situationen, in denen natürlich die humangene-tische Expertise vor Ort unabdingbar ist. – So war Ihr Einleitungsstatement, nicht wahr?

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): So würde ich es auch weiter unterstützen, weil ich denke, man muss die Patienten mit einem Humangenetiker diskutieren und auch die Auswertungen diskutieren. Das Ganze telemedizinisch zu machen, halte ich für nicht sehr zielführend, zumal manche Patienten für einen Humangenetiker besser einzuschätzen sind, wenn er sie selber gesehen hat und nicht irgend-welche Fotos oder nur Beschreibungen bekommt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr L. von der DKG, bitte.

DKG: Ich möchte die Diskussion über das Thema jetzt nicht unnötig verlängern, aber noch eine kleine Nachfrage an Herrn Professor Hebestreit zur Standortfrage richten. Die Nachfrage ging ja in die Rich-tung, ob die Expertise denn an dem Standort verfügbar ist. Ich denke, da muss man dann wirklich konkret und exakt in der Formulierung sein, denn der Experte, dessen Sitz ja dann entscheidend wäre – ob er dann an dem auf zwei Kilometer Entfernung begrenzten Standort sitzt –, wäre ja wahrscheinlich dem Institut zugeordnet, sodass, wenn man das nicht exakt formulierte, wieder die Standortproblematik aufkäme.

Ich denke, es ist Konsens, dass die Expertise vor Ort dem Krankenhaus zur Verfügung stehen muss, aber der Sitz des Experten ist ja nicht auf eine bestimmte Position begrenzt, die man dann nachweisen müsste. Ist das ungefähr das, was Sie auch vertreten?

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Das will ich gar nicht entscheiden. Das ist dann irgendwann Ihre Aufgabe, ob er auch am Klinikum angestellt sein muss, damit er überhaupt Zugriff auf alle Daten hat, wenn das Institut nicht Teil des Uniklinikums ist, oder ob er dann sozusagen vom Institut für Humangenetik zur Verfügung gestellt wird. – Ich gucke einfach Herrn Rieß an.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Sie sind auf die Fangfrage nicht eingegangen. Der Hintergrund der Frage ist schlicht und ergreifend gar nicht: Ist das ein Externer, woanders Beschäftigter, sondern das, was wir hier verbalisiert haben, löst aus Sicht von Herrn L., aus Sicht der DKG, das Problem nur partiell. Wenn man sagt, das Institut, wo die Befunde ausgewertet werden, kann auch fünf Kilometer weit weg sein, es wird aber verlangt, dass der Humangenetiker jederzeit am Standort des Krankenhauses verfügbar ist, dann hat man zwar das eine Problem gelöst, das andere aber nicht. Das würde dann faktisch bedeuten, dass die zwei Kilometer gelten, weil üblicherweise der Humangenetiker ja auch dort sitzt, wo die Humangenetik dann vollzogen wird.

Deshalb ist der Hintergrund der Frage, die Herr L. gestellt hat – ich will das einfach noch einmal konkretisieren, damit wir es im Protokoll haben: Halten Sie es für zielführend und vertretbar, wenn man sagen würde: Okay, es muss nur ein Humangenetiker am Krankenhaus vorhanden sein. – Er muss nicht zwingend am Standort des Krankenhauses sein, es sei denn, der nächste Standort, in dem der Humangenetiker ist, ist 488 Kilometer entfernt. Und: Der Humangenetiker ist bei Bedarf innerhalb bestimmter Zeiten verfügbar, um eben in Fallkonferenzen oder sonstigen Dingen an gemeinsamen Therapieentscheidungen beteiligt zu werden. – Herr L., das war doch im Kern der Sinn Ihrer Frage? – So ist es. Denn wir brauchen nicht Katz und Maus zu spielen. – Bitte schön, Herr Professor.

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Das sind im Prinzip trotzdem zwei Punkte. Der eine Punkt ist: Wo kann er sein, und wie schnell kann er dazukommen, egal was für ein Anstellungsverhältnis er hat. Da denke ich, es reicht, wenn er in einer gewissen Zeit und geplant kommt. Es gibt keine humangenetischen Notfälle, die innerhalb von zehn Minuten über Leben und Tod entscheiden.

Das Zweite ist aber die Frage Institut, denn Institut kann universitär und nicht Klinikum sein. Und wenn ich dann sage, ich muss in gewissen Universitäten in Deutschland dem Präsidenten sagen: „Lieber Präsident, das Institut ist falsch zugeordnet; du musst es jetzt abgeben und dem Klinikum unterstellen und dem Klinikum sagen: Liebes Klinikum, das müsst ihr jetzt nehmen, ob ihr wollt oder nicht!“, dann haben wir ein Problem. Das ist eine relativ starke Anforderung.

Also: Zugang zu einem Institut halte ich bei einer Seltenen Erkrankung für absolut wichtig, denn das sind keine standardhumangenetischen Analysen, die man da macht. Da muss man auch Zeit und Lust haben, das wirklich aufzuklären. Das fällt nicht einfach aus dem Computer. Aber das Institut als Institut, finde ich, muss nicht direkt da sein. Aber ich muss den Menschen, den Humangenetiker haben, der dann auch zumindest zu Fallbesprechungen usw. vor Ort verfügbar ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ergänzend Herr Professor Rieß. Dann gibt es noch eine Frage von der DKG.

Herr Prof. Dr. Rieß (GfH): Vielleicht nur ein kurzes Statement: Alle Zentren für Seltene Erkrankungen, die momentan in Deutschland existieren, haben die Humangenetik als integralen Part vor Ort, universitär. Vielleicht erklärt das die Diskussion. Und ob das nun 2,9 oder 1,9 Kilometer entfernt ist, spielt eigentlich keine Rolle.

Herr Hebestreit macht auf das Problem aufmerksam, dass es einige wenige Humangenetiker in Deutschland gibt, die nicht ins Klinikum integriert, sondern an der Universität sind. Das spielt aber für

meine Begriffe für die fachliche Expertise eigentlich nicht die Rolle. Es ist trotzdem universitäre Human-genetik und trotzdem ein Team von Leuten, die gleichzeitig entscheiden können, die in schwierigen Fällen in interdisziplinären Fallkonferenzen vor Ort sind und Patienten gemeinsam sehen. Darum geht es eigentlich. Es gibt also interdisziplinäre Sprechstunden, die den Patienten in unterschiedlichen Fach-gebieten gleichzeitig betreuen, ihn gleichzeitig sehen und Entscheidungen treffen. Und ich glaube, viele dieser Dinge kann man nicht unbedingt über Telemedizin machen; Herr Hebestreit hat das erwähnt. Bei vielen gerade der syndromalen Erkrankungen usw. muss man die Patienten vor Ort sehen. Und gerade auch Verhaltensstigmata usw. kann man nicht über eine Beschreibung lesen, sondern muss sehen, wie der Patient reagiert, und im Team vor Ort entscheiden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Rieß. – Jetzt Herr V. von der DKG.

DKG: Meine Frage richtet sich auch am ehesten an Herrn Professor Hebestreit. Wie sehen Sie es: Ein Teil der Vorschläge, die wir hier zu beraten haben, oder ein Teil der entsprechenden Protagonisten sieht nur A-Zentren im Sinne dieser finanzierungstechnischen Regelungstatbestände vor und B-Zentren sozusagen nur als Kooperationspartner, aber nie als eigenständige entsprechende Zentren, die auch daraus einen entsprechenden Finanzierungstatbestand generieren könnten. Stimmen Sie dem grundsätzlich so zu oder sehen Sie da auch Schwierigkeiten?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Prof. Hebestreit, bitte.

Herr Prof. Dr. Hebestreit (DGKJ): Das ist wieder eine Sache, wo es mehr um finanzielle Fragen geht, was nicht wirklich meine Expertise ist. Inhaltlich denke ich schon, dass ein B-Zentrum, das als reines B-Zentrum fungiert, manche der angesprochenen Aufgaben wie Beratung für andere Krankenhäuser usw. auch leisten kann. Ich denke zum Beispiel an Cystinose. Da gibt es in einem kleinen Krankenhaus in Rosenheim ein Cystinose-Zentrum, wo fast alle deutschen Patienten mit Cystinose behandelt werden. Das ist eine Speichererkrankung, die verschiedene Organe betrifft. Wenn so ein Patient jetzt in Flensburg in die Klinik käme und in Rosenheim bekannt ist, würde ich annehmen, dass sich die Kollegen in Flensburg mit den Ärzten in Rosenheim in Verbindung setzen.

Dieses B-Zentrum in Rosenheim – also inhaltliches B-Zentrum –, schwebt im Moment frei im Raum, sucht ein A-Zentrum, mit dem es sich verknüpfen kann. Ich kenne kein B-Zentrum, das irgendwo frei in der Wildbahn ist und sagt: Ich will nicht mit einem A-Zentrum Kontakt aufnehmen. – Insofern stimme ich Ihnen inhaltlich zu: Es kann passieren, dass es Aufgaben gibt, die hier als Aufgaben definiert sind, die durchaus auch von B-Zentren wahrgenommen werden könnten, wobei aber natürlich diese B-Zentren wahrscheinlich mittelfristig nicht als eigenständige B-Zentren ohne ein A-Zentrum irgendwo leben.

Dann kommt die zweite Frage, und das ist eine Frage, die ich im Moment auch noch nicht beantworten kann, weil es meines Wissens auch unterschiedliche Konstrukte in Deutschland gibt: Sollen nur A-Zentren finanziert werden, oder sollen auch Mittel für B-Zentren zur Verfügung sein? Da würde ich sagen: Letztendlich macht das jedes Klinikum dann mit sich aus. Wenn das Arztzentrum eine gewisse Summe X für gewisse Aufgaben bekommt und Teile der Aufgaben von Menschen im B-Zentrum gelöst werden, wäre für mich selbstverständlich, dass dann die B-Zentren entsprechend mitfinanziert werden. Wie dann die Verwaltungsdirektionen damit umgehen, kann ich schwer vorhersagen. Was man mit einem externen B-Zentrum dann macht, das solche Aufgaben auch übernimmt, wie das dann zu Geld kommen kann, ist nicht einfach zu sagen, denn dann müsste man diese externen B-Zentren vertraglich anbinden und das entsprechend regeln, sodass die gegebenenfalls auch partizipieren. Wie das funktionieren kann, wie gesagt, ist nicht mehr meine Expertise.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke, Herr Hebestreit. – Eine Nachfrage, Herr V., oder ist es okay? – Danke.

Dann schaue ich in die Runde: Gibt es weitere Fragen zu den Seltenen Erkrankungen? – Die Ländervertreter? – Keine Fragen. Die Patientenvertreter auch keine mehr? – Okay, dann können wir den Komplex Seltene Erkrankungen abschließen. Herzlichen Dank an alle, die uns jetzt hier Rede und Antwort gestanden haben.

Dann rufe ich als Zweites die Anlage 2 – Onkologische Zentren – auf. Die würde ich gern in Verbindung mit der Anlage 10 – Kinderonkologische Zentren – besprechen. Hier besteht auch wieder die Möglichkeit – für diejenigen, die jetzt zum ersten Mal kommen –, auch zum allgemeinen Teil Stellung zu nehmen. Hierzu sind neun Stellungnehmer anwesend. Von diesen neun haben drei zu beiden Komplexen Stellung genommen. Deshalb macht es Sinn, auch diese beiden Punkte zusammenzufassen.

Ich würde hier gern mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie beginnen. Herr Professor Wörmann vielleicht? Oder jemand anders?

Herr Prof. Dr. Wörmann (DGHO): Grundsätzlich gern, aber ich glaube, die Deutsche Krebsgesellschaft hat heute für viele Punkte den Hut aufgehakt. Vielleicht wäre es sinnvoll, wenn die beiden Onkologischen Zentren begännen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Wörmann, ich habe jetzt nur die gute Praxis der Arzneimittelanhörungen übernommen, wo es immer gewinnbringend ist, Sie zuerst zu hören. Wenn Sie das hier anders sehen, dann gerne.

Herr Prof. Dr. Wörmann (DGHO): Außerdem haben wir wieder die Frauenquote erfüllt, und Frau Westermann könnte anfangen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das ist das wichtigste Argument. Dann wieder ab in die zweite Reihe! Wir fangen mit der Deutschen Krebsgesellschaft und mit der Krebshilfe an. Wer möchte zuerst? – Bitte schön, die Deutsche Krebsgesellschaft.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Vielen Dank, Herr Professor Wörmann. Vielen Dank für die Möglichkeit der Anhörung. Die Deutsche Krebsgesellschaft, inklusive der zwanzig onkologisch tätigen Fachgesellschaften, die die Stellungnahme unterstützt haben, begrüßt die Regelungen für die Onkologischen Zentren sehr. Wir haben damit erstmalig eine einheitliche und verlässliche Grundlage. Onkologie wird als Ganzes betrachtet. Besonders positiv ist aus unserer Sicht, dass die Ergebnisse des Nationalen Krebsplanes, also das Drei-Stufen-Modell der onkologischen Versorgung, das durch die Zentren der Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe repräsentiert wird, dort aufgegriffen worden sind.

In der Onkologie haben wir dankenswerterweise einen Standard, der wirklich durch alle Fachgesellschaften, die onkologisch tätig sind, getragen wird. Dieser Standard ist bundesweit implementiert. In der Onkologie ist das Besondere, dass wir eine positive Evaluation des Standards haben. Wir wissen also, dass die Umsetzung der Zentren in der Versorgung für die patientenrelevanten Endpunkte, also Überleben der Patienten, Reduktion der Morbidität und der Mortalität, ein sinnvolles Vorgehen ist. Von daher ist aus unserer Sicht durch das Aufgreifen dieser Ergebnisse aus dem Nationalen Krebsplan mit den zertifizierten Zentren ein Kreis geschlossen. Im Sinne der onkologisch Tätigen und vor allen Dingen im Sinne der Patienten haben wir ein extrem gutes Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Institutionen in der Politik oder Gesundheitspolitik.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank. – Als Nächstes würde ich die Stiftung Deutsche Krebshilfe aufrufen. Ich weiß nicht, ob Herr Professor Bokemeyer oder Herr Nettekoven oder beide sprechen wollen. – Beide. Wer beginnt? – Herr Nettekoven.

Herr Nettekoven (Stiftung Deutsche Krebshilfe): Vielen Dank für die Einladung. Das Vorhaben wird auch von uns begrüßt, insbesondere vor dem Hintergrund, dass wir in den letzten zwölf Jahren gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft – Frau Wesselmann hat es gerade angedeutet – Strukturen nach dem sogenannten Drei-Stufen-Modell nach entsprechenden Kriterien mit den Comprehensive Cancer Center geschaffen haben, also den onkologischen Spitzenzentren, den onkologischen Zentren und auch den Organkrebszentren. Viele Aufgaben, insbesondere in den Comprehensive Cancer Center, sind nicht regelfinanziert, tragen jedoch in hohem Maße dazu bei, dass entsprechender Innovationstransfers in die anderen Zentrumsstypen der Onkologie erfolgen. – Dazu vielleicht jetzt Herr Professor Bokemeyer.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, bitte schön.

Herr Prof. Dr. Bokemeyer (Stiftung Deutsche Krebshilfe): Vielen Dank. Ich darf noch Stellung nehmen als Sprecher des Arbeitskreises der Comprehensive Cancer Center in Deutschland, die von der Krebshilfe gefördert sind.

Es erscheint uns hier noch einmal wichtig, dass wir uns a) dem Modell, was die Deutsche Krebsgesellschaft für onkologische Zentren vorschlägt, anschließen, dass wir aber vorschlagen, in diesem Modell die besondere Rolle dieser Comprehensive Cancer Center noch einmal durch besondere Kriterien hervorzuheben, die unter anderem auch in dem vor zwei Jahren veröffentlichten Prognos-Gutachten dargestellt sind, weil in diesen Comprehensive Cancer Center besondere Aufgaben der Versorgung hinausgehend aus dem Zentrum in einem Netzwerk erledigt werden, wie beispielsweise molekulare Tumorboards mit Spezialanalysen und Beratung, ein hohes Angebot an Zweitmeinungssprechstunden, Einbau epidemiologischer und biomarkergesteuerter Therapiekonzepte, Präventionsberatung und eben auch Outreach-Aktivitäten, die sich an die gesamte Bevölkerung richten bis hin zu allgemeiner Aufklärung zur Vermeidung von Krebserkrankungen, dem besten Verhalten, supportiv im Zusammenhang mit Krebserkrankungen, wo eben auch Angehörige und die gesunde Bevölkerung einbezogen sind.

Eine ganz wichtige übergeordnete Aufgabe ist, gemeinsam mit Partnern aus einem Comprehensive Cancer Center mit den assoziierten Partnern Therapieprinzipien zu etablieren und im Sinne von Therapieleitlinien oder Therapiemanagementempfehlungen auch in diesem Netzwerk umzusetzen. Deshalb denken wir, dass da noch eine besondere Aufgabe für diese Zentren zu definieren ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Nettekoven, Herr Professor Bokemeyer. – Dann erhält Herr Professor Wörmann, DGHO, das Wort.

Herr Prof. Dr. Wörmann (DGHO): Wir haben hier erfreulicherweise innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft und mit den anderen Fachgesellschaften einen großen Konsens hinbekommen. Uns waren noch drei Punkte wichtig.

Der erste ist aus unserer wissenschaftlichen Gesellschaft: Die besonderen Aufgaben umfassen Forschungstätigkeiten, und die finden wir etwas vage formuliert. Da ist zum Beispiel als ein Kriterium vorgeschlagen worden: Teilnahme an Studien der Evidenzgrade Ib und IIa. Das sind regelhaft von der pharmazeutischen Industrie finanzierte Studien. Es ist zwar hübsch, das reinzuschreiben, aber das kann nicht das Ziel einer Zentrumsbildung sein, die entsprechend generell geregelt wird. Das heißt, wir

schlagen vor, dass diese Art von Forschungstätigkeiten im Wesentlichen dadurch definiert wird, dass Strukturen da sein müssen, zum Beispiel Studiensekretäre. Dann schließt sich auch Ihr Kreis hier. Sie können nicht im GSAV festschreiben, dass Daten erhoben werden müssen für neue Arzneimittel, wenn die Strukturen nicht da sind, und es sind nie Evidenzgrad-Ia- oder Ib-Studien. Das heißt, wichtig ist, die Studien für diese Forschungstätigkeiten auch festzuschreiben.

Der zweite Punkt ist: Viele onkologische Erkrankungen können formal jetzt schon, aber auch in Zukunft mit anderen Entitäten überlappen. Zum Beispiel beim Lungenzentrum oder bei Seltenen Erkrankungen ist es wichtig, klarzustellen, wo wer hingehen darf. Das kann kein Rosinenpicken sein, sondern muss danach gehen, wo man besser reinpasst.

Der dritte Punkt ist: Wir denken, dass gerade angesichts einer alternden Bevölkerung in der Onkologie die weichen Faktoren wichtig sind, konkret psychoonkologische und sozialmedizinische Betreuung. Auch dafür müssen Strukturen vorhanden sein, und die müssen festgelegt werden. Sonst ist es wunderbar, tolle Medizin zu machen – aber wenn die älteren Menschen dann nicht weiterversorgt werden, ist der Abgang groß, und das haben wir auch konkretisiert.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Wörmann. Alle drei Punkte sind aus meiner Sicht relevant. Insbesondere über den ersten müssen wir nachdenken, wobei ich mir dann die Frage stelle: Wer kommt denn noch zu Arzneimittelanörungen – außer den Fachgesellschaften – als Einzelsachverständiger, Herr Wörmann? Es sind ja meist Sie, die die Pharmastudien dann machen. – Aber gut, das ist ein anderes Problem, das erörtern wir dann.

Dann haben wir jetzt die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie, die eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben haben. Bitte schön, Herr Professor Bauer.

Herr Prof. Dr. Bauer (DGP): Ich möchte Professor Wörmann in Teilen widersprechen und die besondere Situation der Lungenkrebszentren darstellen. Mehr als die Hälfte unserer Lungenkrebszentren – davon gibt es 50 in Deutschland – ist aus den alten Tuberkulosekliniken entstanden. Und: Wenn Sie früher einen Baudezernenten hatten, der eine Tuberkuloseklinik bauen sollte, dann hat er sie möglichst weit weg von seinem eigenen Standort gebaut. Wenn Sie in Charlottenburg Tuberkulose bekamen, mussten Sie nach Sommerfeld, von Potsdam mussten Sie nach Treuenbrietzen. Die Situation hat sich insofern nicht geändert, als aus diesen Kliniken die Lungenkrebszentren hervorgegangen sind.

Wir möchten bitten, die Verknüpfung von Standort und Zentrum zu überdenken. Sie haben gerade zwei verschiedene Möglichkeiten genannt: 5 Kilometer oder 488 Kilometer. Eine Festlegung auf 5 Kilometer reicht auch nicht; dafür sind die Kliniken zu weit weg. Aber es ginge zum Beispiel für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, zwei Standorte zu haben, denn so ist letztendlich die Organisationsform, oder – und an dem Punkt möchte ich Herrn Wörmann widersprechen – es gibt ja noch eine Definition für die Lungenzentren, die später verhandelt wird. Der Berliner Senat hat im Dezember letzten Jahres einen Vorschlag gemacht, dass man die auch so definieren kann, dass dort die Lungenkrebszentren, die Thoraxzentren und die Weaningzentren gemeinsam verortet werden, und dann wäre dem auch Genüge getan.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Bauer. Darauf kommen wir sicherlich gleich zurück. – Dann hat die Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin das Wort. Sie hat auch zur Kinderonkologie und zur allgemeinen Onkologie Stellung genommen.

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin begrüßt die Möglichkeit sehr, die Kinderonkologischen Zentren weiter zu etablieren und weiter zu fördern. Hierzu wird auch der entsprechende Fachkollege dezidiert Stellung nehmen.

Uns wäre es wichtig, an dieser Stelle zu signalisieren, dass das Beispiel, das die Kinderonkologie darstellt, und der Entwicklungsstand, den Kinderonkologie hat, auch zunehmend auf die anderen Bereiche der Kinder- und Jugendmedizin übertragen wird und nicht die Krankheit des Kindes oder die Möglichkeit bestimmt, sich in einem Zentrum wiederzufinden, sondern die Tatsache der Verbesserung der medizinischen Qualität.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Dötsch. – Dann kommen wir zur Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.

Frau Dr. Lynen Jansen (DGVS): Die DGVS unterstützt auch die Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft. Ich möchte drei Punkte gesondert herausgreifen. Erstens glauben wir, dass anstatt der spezifizierten Fachabteilungen für Onkologie, Chirurgie und Radiologie auch die Innere Medizin genannt werden sollte, sowohl die Gastroenterologie zum Beispiel als auch die Pneumologie, die medikamentöse Tumorthapien durchführen und die Krebspatienten behandeln.

Bei der genannten Zahl von Tumorentitäten, die zu einem onkologischen Zentrum gehören, möchten wir noch einmal zu bedenken geben, dass darin auch eine Gefahr besteht, dass bestimmte seltenere Tumorerkrankungen vielleicht unterrepräsentiert werden, wenn dann diese großen Tumorgebiete in diesen Zentren ausschließlich abgebildet werden und andere außen vor bleiben, zum Beispiel Pankreaskrebszentrum oder Magenkrebszentrum.

Der dritte Punkt, den ich gern nennen möchte, ist, dass wir vorschlagen, statt der Entität Darmkrebs alle gastroenterologischen Tumorentitäten aufzuführen, wie wir das auch in unserer Stellungnahme präzisiert haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank. – Als Nächster erhält Professor Rieß das Wort.

Herr Prof. Dr. Rieß (GfH): Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik schließt sich an, ein Konzept, das bei den CCCs erfolgreich war, kontinuierlich auf die Onkologischen Zentren auszuweiten und weiterzuentwickeln. Wir regen an, dass die Humangenetik als Fachabteilung aus den folgenden drei Gründen stärker hervorhoben wird:

Erstens. Bei den pädiatrischen Tumoren sind etwa 20 Prozent Keimbahnmutationen, das heißt, auf Veränderungen zurückzuführen, die in aller Regel auch einer der Elternteile trägt. Wir haben also eine Familienkonstellation, die dann beraten werden muss. In dieser Richtung ist es, glaube ich, eine zwingende Notwendigkeit.

Zweitens: Wir haben eine sehr starke Ausweitung der somatischen Diagnostik, sprich der Tumordiagnostik, zur gezielten Therapie, und auch bei diesen somatischen Diagnosen finden wir sehr häufig sogenannte Nebenfunde, die in der Keimbahn vorhanden sind, die wiederum eine Beratung der entsprechenden Personen, Patienten und ihrer Familien in Richtung einer erblichen Tumordisposition notwendig macht.

Drittens: In Zusammenarbeit mit der Pathologie erfordern gerade diese großen, umfassenden Next-Generation-Sequencing-Befundungen standardisiert gemeinsame bioinformatische Pipelines, gemeinsame Qualitätskontrollen, sodass hier eine enge Zusammenarbeit in diesen Punkten notwendig ist und

sich aus diesen drei Punkten die stärkere Hervorhebung der Humangenetik in den onkologischen Zentren ergibt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Rieß. – Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik hatte sich auch zur Anlage 2 und zur Anlage 10 geäußert – nur, damit wir das im Protokoll haben, weil wir die beiden Punkte jetzt hier zusammenfassen.

Dann erhält der Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Onkologie und Hämatologie das Wort. Wer möchte? – Es ist niemand hier. – Es geht um die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie.

Herr Prof. Dr. Kontny (GPOH): Zunächst möchte ich mich sehr bei Ihnen, Herr Hecken, und den Ausschussmitgliedern bedanken, dass wir hier die Möglichkeit zur Stellungnahme haben.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass wir hier als Kinderonkologie eine Anlage erhalten haben, die insbesondere den speziellen onkologischen, aber auch den pädiatrischen Aspekten unseres Fachs Rechnung trägt.

Ich möchte kurz auf vier Punkte eingehen. Der erste ist die Ausweisung im Landeskrankenhausplan; das hat Herr Dötsch schon angesprochen. Das ist zwischen den Bundesländern völlig heterogen. Beispielsweise wurde der Antrag der Kollegen in Rheinland-Pfalz, an der Uni Mainz, abgelehnt. Andere Kliniken haben das im einstufigen Verfahren relativ schnell bewilligt bekommen. Bei weiteren Ländern ist ein kompliziertes Antragsverfahren erforderlich. Letztendlich ist es uneinheitlich geregelt. Unserer Auffassung nach ist das etwas, was auf die Länderebene gehört.

Das Zweite – auch das wurde schon angesprochen – ist die vertragsärztliche Versorgung. Die Kinderonkologie ist ein Fach, das sehr homogen ist. 95 Prozent unserer Patienten sind in klinischen Studienprotokollen. Die Behandlung erfolgt sektorübergreifend. Es gibt eigentlich keinen niedergelassenen Kinderonkologen. Und diesem einheitlichen Behandlungskonzept steht eine Heterogenität an Abrechnungsverfahren gegenüber, natürlich auch wieder länderspezifisch: Die einen haben eine Tagesklinik, können teilstationär abrechnen, die anderen nicht. Die einen rechnen über Paragraph 116b ab, die anderen über Hochschulambulanzpauschalen, die natürlich auch unterschiedlich sind. Das heißt, die gleiche Leistung im ambulanten und teilstationären Bereich wird unterschiedlich vergütet.

Der dritte Punkt sind die Qualitätskriterien. Hier würden wir vorschlagen, uns auf die exzellente Richtlinie des G-BA zur Kinderonkologie zu fokussieren, die praktisch allseits anerkannt ist, die 2007 in Kraft gesetzt worden ist und eben Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen beschreibt.

Der letzte Punkt sind die besonderen Aufgaben. Da begrüßen wir es sehr, dass Sie praktisch die Diagnostik der Therapieoptimierungsstudien aufgenommen haben, möchten aber anregen, auch weitere Bestandteile der Kinderonkologie-Richtlinie, die mit Aufwand verbunden sind, aufzunehmen, beispielsweise die Leistungen für die Referenzdiagnostik vor Ort an den Kliniken, das Aufbereiten der Proben, das Verschicken der Proben, die Dokumentation. Hier unterscheidet sich die Kinderonkologie deutlich von der Erwachsenenonkologie durch unseren hohen Anteil an Studienpatienten, der eben ein entsprechend hohes Maß an Ressourcen beansprucht, was sich in den DRGs nicht immer richtig niederschlägt. Diese Zuschläge werden teilweise bundesländerunterschiedlich gezahlt. Vor allem in Baden-Württemberg und Bayern gibt es eine solche Vergütung im Rahmen der Budgetverhandlungen, in anderen Ländern nicht. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise ist das Ganze auf dem Klageweg. Da gibt es ein Urteil des Oberverwaltungsgerichts Münster von 2017, das ein Teil dieser Forderungen für rechtmäßig erklärt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Kontny. Sie haben mir nicht nur den Tag, sondern auch das Wochenende gerettet, indem Sie eine Richtlinie des G-BA als exzellent bezeichnet haben. Das noch zu erleben und in einer öffentlichen Veranstaltung zu hören, über die noch dazu Wortprotokoll geführt wird, ist gut. Da schicken wir sofort – dies als Hinweis an die Geschäftsstelle – einen Auszug aus dem Wortprotokoll an den geschätzten Bundesminister für Gesundheit, der uns ja immer jede Fachkompetenz und auch die gebotene Schnelligkeit abspricht. – Aber das nur am Rande. Ich bin auch ein alter Mann und muss einmal am Tag ein bisschen Freude haben. Die haben Sie mir hiermit bereitet.

Jetzt kommen wir zur Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Herr Professor Bechstein, bitte. – Noch eine Frage: Herr Matheis, möchten Sie sich dazu auch äußern? – Nein. Danke. Dann Herr Professor Bechstein.

Herr Prof. Dr. Bechstein (DGAV): Ich hatte schon ausführlich zu den Punkten der Anlage 2 Stellung genommen und stehe für Fragen gern zur Verfügung.

Ein weiterer Punkt vielleicht noch, der Ihnen in unserer schriftlichen Stellungnahme zugegangen ist: Wenn bei den Kennzahlen von Registerdaten offenkundig wird, dass es da Probleme mit der Qualität gibt, dann würden wir uns wünschen, dass die jeweilige Fachgesellschaft mit eingebunden wird, um in einem Peer-Review-Verfahren in diesem PDCA-Zyklus auch zu helfen, die Ergebnisse zu verbessern.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Bechstein. – Ist jemand hier, der zu den Anlagen 2 und 10 Stellung genommen hat, aber jetzt noch nicht hier vorn war? – Das ist nicht der Fall. – Daher die Frage: Wer möchte? – Frau B. vom GKV-SV.

GKV-SV: Vielen Dank. Wir hätten eine Frage an die Deutsche Krebsgesellschaft, Frau Dr. Wesselmann. Der GKV-Spitzenverband setzt in seinem Konzept für die Onkologischen Zentren ja voraus, dass eine besondere Expertise in drei der größten Tumorentitäten da sein muss, also drei Organkrebszentren da sein müssen. Das verknüpfen wir damit, dass auch ein Geltungsbereich von 50 Prozent anhand von Mindestprimärfallzahlen erreicht werden muss. An Sie die Frage: Ist das eine geeignete Systematik, die auch dem Vorgehen im Nationalen Krebsplan entspricht?

Die zweite Frage dazu: Sind die Mindestprimärfallzahlen, die wir hier zugrunde legen, aus Ihrer Sicht geeignet, und haben Sie einen Überblick auch aus den Zertifizierungsverfahren darüber, wie viele Zentren diese Anforderungen heute bereits erfüllen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Bitte.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Vielen Dank für die Frage. Aus unserer Sicht ist die Verwendung der in der Stellungnahme oder in der Richtlinie vorgegebenen Instrumente aus mehreren Gründen extrem sinnvoll. Zum einen ist es implementiert. Das heißt, wir könnten die Funktionstüchtigkeit dieses Instruments schon nachweisen. Zum anderen wird damit im Sinne der Patienten realisiert, dass Sie Onkologische Zentren ausweisen, die auch wirklich eine breite und eine tiefe Kompetenz für eine Vielzahl von onkologischen Erkrankungen haben. Das heißt, Sie verhindern, dass Sie Trojanische Pferde auszeichnen, die im Sinne der Bevölkerung und der Patienten das eben nicht einhalten können. – Das zu den beiden ersten Punkten Ihrer Frage.

Zum dritten Punkt: Wie viele Einrichtungen können das gegenwärtig erfüllen? – Mit den in der Richtlinie aufgeführten Anforderungen sind gegenwärtig 69 zertifizierte Onkologische Zentren in der Lage, diese Anforderungen bundesweit umzusetzen.

Dürfte ich noch eine Ergänzung bringen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Bitte schön. – Ich bin fürchterlich erstaunt, dass das so schnell geht. Ich hatte mich, wie gesagt, bis auf Samstagabend, 19 Uhr, eingestellt. – Also bitte.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Ich glaube, alle, die hier sitzen, haben sich wirklich intensiv mit den Stellungnahmen beschäftigt. Das ist ein Hauptanliegen, für das wir natürlich stehen.

Zu dem, was Professor Wörmann gesagt hat: Einen Punkt würde ich gern aus unserer Stellungnahme, den wir auch gebracht haben, ausführen, dass wir nämlich darum gebeten haben, dass in Paragraph 2 Absatz 7 – Besondere Aufgaben – die Abbildung der supportiven Kenntnisse in den Paragraph 1 verschoben und damit zu einer obligaten Anforderung an Onkologische Zentren wird. Genau, wie Professor Wörmann gesagt hat: Es ist ganz wichtig für die Patienten, dass es eine Lotsenfunktion gibt, dass für sie organisiert wird, wie ihre weitere, sehr komplexe Versorgung abläuft. Von daher: Raus aus dem fakultativen und rein in den obligaten Anteil der Richtlinie!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Weitere Fragen? – Frau K. von der DKG, bitte.

DKG: Ich würde noch einmal auf die Lungenkrebszentren zurückkommen. Wie stehen Sie denn da zur Auflösung des Standortbegriffs?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Bitte schön.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Wir haben das in unserer Stellungnahme auch adressiert. Entsprechend der Punkte, die auch Professor Bauer schon genannt hat, haben wir einfach eine historische Entwicklung, und für uns entscheidend ist der Geltungsbereich eines Onkologischen Zentrums, der in dem Zertifikat ausgewiesen ist. Das heißt, Onkologische Zentren haben obligat eine Anlage zum Zertifikat, damit für die Patienten und die Bevölkerung transparent ist, welche Expertise denn vorhanden ist, weil natürlich nicht jede Einrichtung Kompetenz für alle onkologischen Erkrankungen hat. Von daher sollte das aus unserer Sicht die Grundlage für das Erteilen des Zentrumszuschlags sein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Wir vermerken jetzt nur fürs Protokoll: Um 12:40 Uhr ist Herr Hecker erschienen. – Jetzt hat die Patientenvertretung das Wort.

PatV: Frau Dr. Wesselmann, Sie brachten die Anregung, für die Pathologie muss am Standort eine Verfügbarkeit in der Regelarbeitszeit vorhanden sein oder außerhalb der Regelarbeitszeit eine 24-stündige Möglichkeit, eine Krebsdiagnose zu stellen. 24 Stunden Zeit, aber am Standort. Das würde bedeuten: Die Pathologen, die am Standort sind, müssten in Rufbereitschaft sein. Wäre bei 24 Stunden Zeit nicht auch denkbar, sich vom Standortbetreff zu lösen und zu sagen: Irgendein Zentrum in der Nähe, was sowieso am Wochenende arbeitet, könnte das machen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke für die Frage, Herr R. – Bitte schön.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Das ist mit den Pathologen auch ausgiebig diskutiert worden. Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass die Kompetenz am Standort vorhanden ist. Aufgrund der durchaus anspruchsvollen Diagnosestellung bei onkologischen Erkrankungen müssen die Pathologien bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Aber – dies wurde vorhin auch schon bei der Genetik diskutiert – die Anwesenheit der Pathologie ist keine Notfallanwesenheitspflicht. Das heißt, sie brauchen keine pathologische Diagnostik innerhalb von fünf Minuten, sodass man in der Tat keine Nachtdienste und keine Wochenenddienste obligat fordern sollte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Frau K. von der DKG.

DKG: Ich sehe meine Fragen noch nicht richtig beantwortet. Da schließt sich auch die Frage bezüglich der Lungenkrebszentren an – weil das ja schon eine ganz große Anzahl von Kliniken ist –, wie Sie dazu stehen, da den Standortbegriff zu öffnen und die sozusagen als elitäre Zentren auch weiterhin vergütungsrechtlich mit zu behandeln.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Wie in dem Statement dargestellt, ist für uns unter anderem der große Wurf die Regelung, dass Onkologie als Ganzes betrachtet wird. Von daher sollte unbedingt die Diagnose Bronchialkarzinom mit in den Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums aufgenommen und berücksichtigt werden, und das auch in den Fällen, in denen es notwendig ist, unabhängig von dem Standortbegriff bzw. der 2000 Meter, zusammengefasst gesagt, die wir hier ja schon mehrfach diskutiert haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Noch einmal DKG, bitte schön.

DKG: Dann würde ich gern noch einmal auf die Pathologie am Standort zurückkommen, da Sie vorhin referiert hatten, dass hier die Kompetenz vorhanden sein muss. Ist es denn für Sie notwendig, dass sie beispielsweise am Klinikum, am Krankenhaus vorhanden sein muss?

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Genau! Letzteres würde für uns zutreffend sein.

DKG: Das heißt, die Expertise muss am Krankenhaus vorhanden sein und nicht am Standort?

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Ja – entsprechend der Einfügung, die wir in unserer Stellungnahme gemacht haben. Das Wichtige ist, dass die Expertise für die zeitgerechte Befundung innerhalb des Onkologischen Zentrums abgebildet werden kann.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Gibt es weitere Fragen? – PatV? Niemand mehr. Länder? Keine Fragen. – Okay. Bänke auch nicht. Damit wären die Anlagen 2 und 10 verhandelt.

Ich rufe nun die Anlage 3 – Traumazentren – auf. Hier haben wir fünf Gesellschaften, die teilweise gemeinsam Stellung genommen haben. Ich möchte mit der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie beginnen.

Herr Prof. van Schoonhoven (DGH): Die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie als interdisziplinäre Gesellschaft bestehend aus Unfallchirurgen, Orthopäden, plastischen Chirurgen, Chirurgen und Kinderchirurgen, die alle die Zusatzweiterbildung, Qualifikation Handchirurgie erreichen können, bedankt sich ganz herzlich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Sie hat vor mehreren Jahren in Kooperation mit der Europäischen Gesellschaft für Handchirurgie einen Kriterienkatalog den Begriff „Handtrauma- und Replantationszentrum“ entwickelt und diesen auch innerhalb von Deutschland mit einer entsprechenden Zertifizierung implementiert.

Diese Vorgaben waren letztendlich auch die Verhandlung mit der DGUV, die dazu geführt hat, dass ein SAV-Hand-Verfahren, indem diese Kriterien für die Verletzungsversorgung von schweren Handverletzungen und -replantationen in den berufsgenossenschaftlichen Versorgungslösungen übernommen und verhandelt wurde. Wir würden uns als Gesellschaft freuen, wenn genau diese Kriterien, die klar definiert sind, die nachvollziehbar sind und die auch kontrollierbar sind, in dieser Form auch in diesem Beschluss mit übernommen würden.

Das sind drei Kriterien: Das eine ist eine Mindestpersonalgrenze. Denn einen Replantationsdienst kann man nur über 24 Stunden an allen Tagen des Jahres gewährleisten bei einer Minimalpersonalausstattung von drei vollständig ausgebildeten Handchirurgen, die das auch abbilden können. Man braucht

den direkten Zugriff auf eine spezialisierte Hand-rehabilitative Einrichtung, und man braucht Mindestgrenzen oder Mindestversorgung, die nachvollziehbar sind. Hier würden wir uns wünschen, dass in dem Text noch ergänzt wird, dass es sich nicht um handchirurgische Versorgung, sondern um handchirurgische Versorgung von traumatisierten oder verletzten Händen handelt.

Ein Zusatzwunsch wäre, dass die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie noch zusätzlich „die Teilnahme am sogenannten Handtrauma-Register“ hineinbringt. Das ist ein Register, was gemeinsam mit der AUC – der Unfallchirurgen – entwickelt wurde und in dem die Prävalenzforschung von schweren Handverletzungen erfolgt sowie die Versorgungsrealität in Deutschland abgebildet werden soll. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor van Schoonhoven.

Wir kommen jetzt zur Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Sie sind überall dabei. – Herr Professor Dötsch, bitte.

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Vielen Dank. Sie sprechen es an: Die Kinder können leider auch jede Erkrankung haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wir freuen uns, dass Sie wirklich zu allem Stellung genommen haben.

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Damit es die Freude noch verstärkt, die Sie ins Wochenende mitnehmen möchten, sage ich auch: Wir begrüßen es hier sehr, dass der G-BA sich dem widmet und finden es ausgesprochen geglückt, dass die Pädiatrie und die Kinder in den Traumatologischen Zentren adressiert werden. Wir geben es auch gerne an das Bundesministerium weiter. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Dann sind wir bei der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie.

Herr Dr. Haas (DGOOC): Uns geht es darum, dass wir den Bereich der Endoprothetikzentren auch berücksichtigt sehen wollen. Es ist zwar nicht selten, dass man eine Arthrose hat – das ist wirklich ein häufiger Eingriff, dazu noch hoch selektiv, also weder notfallmäßig noch besonders schnell durchzuführen –, jedoch durch die hohe Fallzahl und den großen Einfluss, den das auf die individuelle Gesundheit des Patienten hat, sehen wir dort eine hohe Relevanz für die Berücksichtigung.

Wir haben aus dieser Erkenntnis seit dem Jahre 2012 ein Zertifizierungsverfahren etabliert. Bei dem EndoCert-Verfahren werden entsprechende Zentren zertifiziert. Es geht dabei um viele, viele Aspekte und natürlich auch um die Expertise im ärztlichen Bereich, aber auch und gerade im nicht-ärztlichen Bereich, also über das gesamte Team hinweg.

Wir haben dort ein zweistufiges System etabliert, also eine Zusammenarbeit zwischen Maximalversorgungszentren und Zentren. Damit ist eine Vernetzung gegeben und die Weitergabe entsprechend schwieriger Fälle, herausfordernder Fälle, geregelt. Es gibt auch extra eine Einbindung außerhalb gelegener Zentren oder Einrichtungen. Das ist eine interdisziplinär strukturierte Einbindung beispielsweise von Mikrobiologen oder auch Pathologen.

Die Indikationsstellung ist ebenfalls ein ganz wichtiges Kriterium. Sie ist dort gesondert geregelt. Auch werden die Belange älterer Patienten besonders berücksichtigt. Die Versorgung von periprothetischen Frakturen und Infektionen bei einliegendem Gelenkersatz stellen hier eine besondere Herausforderung dar. Hier ist eine besondere Expertise erforderlich. Alle Patienten, die in unseren Zentren behandelt

werden, müssen am Register, dem Endoprothesenregister, teilnehmen. Dadurch haben wir natürlich besondere Erkenntnisse gewonnen.

Bei uns geht es nicht so sehr um die Abdeckung von Vorhaltekosten, besonderer Techniken oder besonderer Ausstattung, sondern um die Refinanzierung dieser Strukturmaßnahmen, die eine ganz große Herausforderung für die Klinik darstellen, die bisher – wie gesagt seit 2012 – vollkommen freiwillig geleistet werden. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Haas. Wir gehen jetzt weiter zur Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, die die gemeinsame Stellungnahme mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie abgegeben hat. – Ich vermute Herr Professor Auhuber wird vortragen, jawohl.

Herr Dr. Auhuber (DGOU / DGU / DGCH): Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank, dass wir uns auch äußern dürfen, dass ich auch gleich drei große Fachgesellschaften vertreten darf. Professor Seekamp – für das Protokoll – darf ich nun entschuldigen. Er hat einen privaten Zwischenfall und wird heute nicht mehr erscheinen.

Zunächst einmal: Wir finden die vorgestellte Lösung zu den besonderen Aufgaben der Traumazentren insgesamt sehr gelungen. Das freut uns insbesondere deswegen auch, weil die langjährigen Maßnahmen der Fachgesellschaften zu den Traumazentren, die auch freiwillig in Vorleistung erbracht worden sind, jetzt Anerkennung finden und sich jetzt in Netzwerkstrukturen, die schon funktional sind, wieder spiegeln. Deswegen sehen wir die Aufnahme der überregionalen Traumazentren in diese Netzwerkstrukturen als sehr sinnvoll und richtig an. Letztendlich sehen wir auch eine Kongruenz zu den fachlichen, qualitativen Inhalten, damit auch die flächendeckende Kompetenz am Ende des Tages über die gesamte Republik sichergestellt ist.

Neben den schriftlichen Themen, die wir in der Stellungnahme angegeben haben, gibt es allerdings noch vier Punkte, über die wir sprechen sollten. Auf die möchte ich gerne besonders fokussieren. Zum einen greife ich noch einmal das Kriterium auf, was die Kollegen der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie gerade genannt haben. Es gibt diese FESSH-Kriterien, die in Bezug auf Mindestmengen, Personalvorgaben zu diesem Themenkomplex sehr eindeutig gewesen sind. Die wurden jetzt etwas verändert. Da bitten wir darum, dass die aktuellen Kriterien, die sogar eine Verschärfung darstellen, aufgenommen werden. Ich denke, dass sie nachhaltig die Qualität sicherstellen können.

Ein zweites Thema ist aus unserer Sicht auch sehr wichtig: Es gibt ja immer die Interaktion zwischen Notfallstufenkonzept, besonderen Einrichtungen, jetzt vielleicht auch Zentrumszuschlag. Ich glaube, es ist sehr wichtig, dass wir dort eine normative Abgrenzung sehr gut hinbekommen, um später auch auf der Ortsebene operationalisierbare Kriterien zu bekommen, damit wir nachher nicht diskutieren müssen, ob das jetzt eine Vorhaltung oder dies und jenes ist. Wir würden gerne da noch einmal ein Fokus drauflegen, dass diese Abgrenzung ganz besonders beachtet wird.

Dann zum Thema Forschungsfinanzierung: Die Forschung ist aufgenommen worden, was wir grundsätzlich begrüßen. Allerdings ist sie unter dem Aspekt Leitlinien und Konsensus-Konferenzen teilweise eben nicht gut operationalisierbar, weil eben Leitlinien und Konsensus-Entwicklung häufig über ganz andere Regelkreise funktionieren, und zwar in der Form, dass dort internationale Themen eine Rolle spielen und dort auch die Möglichkeit der aktiven Einflussnahme nicht so gegeben ist, wie man sich das immer vorstellen kann. Deswegen würden wir hier diesen Punkt eher nachrangig sehen und dafür plädieren, dass er aus diesen Strukturkriterien eher zurückhaltend betrachtet wird. Zudem wird Forschung in Deutschland häufig auch anders finanziert. Das ist vielleicht auch ein Abgrenzungsthema.

Zu guter Letzt noch folgendes Thema: Das ist auch etwas, was wir noch nicht so explizit adressiert haben, aber eben besonders wichtig ist. Wir würden gerne unser Traumaregister fortführen. Das ist auch langjährig eingeführt. Wir sehen daraus sehr gute Versorgungsergebnisse und Versorgungsdaten. Nur sind durch die datenschutzrechtlichen Bestimmungen in letzter Zeit sehr starke Schwierigkeiten aufgetreten, diese Patienten überhaupt noch einschleusen zu können. Denn gerade Tote können manchmal eben nicht zustimmen, oder Schwerverletzte können erst verspätet gefragt werden. Wir würden uns da natürlich gerne eine Lösung vorstellen analog den Implantateregister oder was auch immer. Wir würden uns da gerne beteiligen. Wir wollen mitmachen, wir wollen Versorgung besser machen. Bloß dazu müssten dann auch entsprechend ein paar Rahmenbedingungen vielleicht positiv beeinflusst werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank. Die mögliche hundertprozentige Erfassungsquote ist auch ein Problem bei den anwendungsbegleitenden Datenerhebungen, die wir jetzt im AMNOG-Bereich und Gott weiß was haben, wo sie eigentlich bei diesen ganzen Ultra-Orphans nur bei einem 100-Prozent-Einschluss irgendetwas von belastbarer Evidenz generieren können.

Ich bin auch ein Stück weit bedrückt, dass der Gesetzgeber das, was er im Implantateregistergesetz aus meiner Sicht konsequent vollzogen hat, nicht auf diesen Regelungsbereich und andere übertragen hat. Denn es ist bei Ihnen ja auch so, je mehr Drop-outs Sie haben, umso weniger kann man am Ende damit anfangen. Aber, wir arbeiten auch in anderen Bereichen außerhalb der Traumazentren daran. Denn für mich ist das im Bereich der Arzneimittel – was ja mein Hauptgeschäft ist – das entscheidende Kriterium, ob man da überhaupt noch anwendungsbegleitende Evidenz generieren kann, wenn 10 Prozent der Patienten weg sind. Das sind dann diejenigen, die mit dem Makel des Todes behaftet sind, die dann herausgerechnet worden sind oder bewusst nicht eingeschlossen wurden. Dann sind die ganzen Register nichts wert. Das wissen wir. Also wir arbeiten daran. – Herzlichen Dank für diese Stellungnahme.

Dann habe ich jetzt die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, Herrn Professor Siemers.

Herr Prof. Dr. Siemers (DGPRÄC): Vielen Dank für die Einladung, hier vorsprechen zu dürfen. Ich möchte mich zu Beginn erst einmal den Ausführungen von Herrn Professor van Schoonhoven von der DGH anschließen. Wir haben uns hinsichtlich seiner Forderung konzentriert. Unser Wunsch ist, dass man den Begriff des Handchirurgen noch einmal etwas schärfer definiert.

Aus Ihrem Vorschlag geht hervor, dass ein Handchirurg ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist oder ein Facharzt für Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung. Hier fehlt unseres Erachtens der Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, der diese Zusatzbezeichnung erlangen kann. Das müsste ergänzt werden. Man kann sich dann überlegen, ob man diese drei Gruppen einkürzt in diese Bezeichnung „Handchirurgie“ oder „Handchirurg“. Denn letztendlich wird man „Handchirurg“ über eine Facharztbezeichnung, die drei besagten Facharztbezeichnungen und dann mit der Zusatzqualifikation. Das ist unser Antrag. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Siemers. Ich stelle jetzt wieder die Frage an die BÄK: Möchten Sie, Herr Matheis? – Ja, bitte.

Herr Dr. Matheis (BÄK): Ich glaube, das ist etwas, was über die Weiterbildungsordnung geregelt werden muss. In der neuen Weiterbildungsordnung ist manches schon legalisiert bzw. kodifiziert. Ich kann dazu sagen, dass im Verlauf der letzten Jahre, als diese neue Weiterbildungsordnung auf Band gegangen ist, die Fachgesellschaften ausreichend Gelegenheit hatten, dazu Stellung zu nehmen und sich zu

konsentieren. Das ist natürlich jetzt etwas, was nicht ohne Weiteres umgesetzt werden kann, denn das würde die Systematik durchbrechen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Dr. Matheis, für die Bundesärztekammer. Dann jetzt wieder die obligate Frage: Ist jetzt noch jemand hier, der sich zu Traumazentren geäußert hatte, den ich noch nicht nach vorne gebeten habe? Das ist nicht der Fall. Also stimmt der Zettel hier. Dann Fragerunde. Wer möchte? – Der GKV-Spitzenverband, bitte.

GKV-SV: Wir haben eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie. Es wurden ja auch schon die Mindestfallzahlen für die FESSH-Zertifikation angesprochen. Jetzt im Juni hat es eine Reduktion der erforderlichen Fallzahlen von 240 auf 160 im Jahr gegeben – das ist so eine Quartalsrechnung, deswegen muss man da so ein bisschen rechnen. Unsere Frage ist: Gibt es medizinische Gründe für diese Fallzahlreduktion? Oder wie würden Sie aus Ihrer Sicht diese erhebliche Fallzahlreduktion, die erforderlich waren für die das Zertifikat, erklären wollen?

Herr Prof. van Schoonhoven (DGH): Die erklären sich im Grunde genommen aus dem internationalen Kontext der europäischen Gesellschaft, mit der diese Zertifizierungskriterien zusammen erarbeitet wurden. Wir als Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie stehen hinter dieser Verkürzung nicht, sondern, wir werden auch bei der nächsten Zusammenkunft im Februar bei mir in der Klinik in Bad Neustadt an der Saale darauf pochen, dass diese Zahlen wieder erhöht werden. Und mein dringender Wunsch wäre auch, dass wir hier die Kriterien beibehalten würden, so wie sie in der ursprünglichen Fassung von 2018 definiert wurden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Klare Aussage, danke schön. Gibt es Fragen zum Trauma? – Der GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Herrn Professor Auhuber. Sie hatten eben schon das Thema des Traumaregisters angesprochen. Wir haben das im Moment nur in den Aufgaben aufgelistet, vor dem Hintergrund der Problematik, die wir hier natürlich nicht vollständig lösen können, weil wir selbstverständlich jetzt keine hundertprozentige Meldeverpflichtung reinschreiben können. Das ist sicher etwas, was man an den Gesetzgeber noch einmal adressieren müsste.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das Schreiben wir als kleine Bitte in den Lob-Brief an das BMG. Den müssen Sie gleich unterschreiben, sonst wird die Stellungnahme nicht berücksichtigt.

Herr Prof. Dr. Auhuber (DGOU / DGU / DGCH): Ich habe Prokura schon mitgebracht.

(Heiterkeit)

GKV-SV: Genau! Aber wäre es nicht dennoch auch ein wichtiger Aspekt, zumindest eine Teilnahme an diesem Register einfach auch in den Qualitätsanforderungen mit aufzuführen?

Herr Prof. Dr. Auhuber (DGOU / DGU / DGCH): Ja, das würden wir auf jeden Fall absolut mittragen und mit unterstützen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Die DKG hat sich gemeldet.

DKG: Ich habe auch eine Frage an Herrn Professor Auhuber und parallel auch vielleicht an Herrn Dr. Haas: Es geht hier prinzipiell um die Vergütung von Zentrumsleistungen, die bisher im System nicht vergütet werden. Wir haben hier abweichend in den Beschlussentwürfen die Anforderung einen von

vier Schwerpunkten, der zusätzlich noch erfüllt werden muss, um den Finanzierungstatbestand zu erfüllen. Welche zwingenden Gründe gibt es, noch einen dieser vier Schwerpunkte vorzuweisen, der dann die Finanzierung auslöst? Und warum müssen es genau diese vier Schwerpunkte sein? Kämen da nicht noch andere Schwerpunkte zumindest ergänzend infrage, wenn man schon einen zwingend noch zusätzlich als Anforderung vorsieht?

Herr Prof. Dr. Auhuber (DGOU / DGU / DGCH): Grundsätzlich ist es so, dass die Traumazentren erst einmal primär traumatologisch adressiert werden sollen. Deswegen passen natürlich gewisse besondere Leistungsbereiche sehr gut dazu, wie sie jetzt auch von Händen, von Querschnittgelähmten usw. definiert sind. Ich glaube, dazu brauche ich jetzt nicht weiter ausholen.

Andererseits lässt die Liste natürlich eine Erweiterung zu, sollten uns zusätzliche Tatbestände einfallen, die vielleicht dazu passen. Ich denke an eine Fraktur-Endoprothesenversorgung und solche Sachen. Ich glaube, das ist eher etwas, was wir einfach einmal diskutieren müssen.

Auf der anderen Seite muss man in der Negativabgrenzung fragen: Warum wird nicht jedes überregionale Traumazentrum geeignet sein? Diese Frage kann man auch gut so beantworten: Weil es einfach überregionale Traumazentren gibt, die bereits hohe Qualitäten liefern. Sie können sie aber unter diesen Strukturanforderungen, wie sie als besondere Aufgabe definiert sind, trotzdem nicht abbilden. Deswegen passt die Kombination aus überregionalem Traumazentrum und entsprechender zusätzlicher Expertise sehr gut, aber auch in Abgrenzung zu den regionalen Traumazentren. Regionale Traumazentren haben einfach niedrigere Anforderungen. Wenn man da das Füllhorn öffnet, wird es sehr unüberschaubar und macht die Versorgungslandschaft, denke ich, schwieriger.

Umgekehrt haben wir aus meiner Sicht ein geniales Instrument. Wenn wir am Ende des Tages eher die Spinne im Netz finanzieren, kann man auch entsprechende Versorgungsoptionen, wenn sie individuell abweichen sollten und einer besonderen Logik unterliegen – wie Flächenländer, irgendwelche naheliegenden Bundeslandgrenzen –, die die Abgrenzungen erschweren, in der Quasi-Selbstverwaltung sicherstellen. Selbstverwaltung ist jetzt bitte in Anführungszeichen zu sehen. Nicht, dass wir einem Minister widersprechen müssen. Ich glaube, das ist ein gutes Instrument, um hier eine austarierte Lösung für die Versorgungsrealität sicherzustellen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Haas.

Herr Dr. Haas (DGOOC): Es ist folgendermaßen und ich habe darauf auch schon hingewiesen: Das ist natürlich bei uns im Unterschied zum Traumanetzwerk oder zu den Traumaversorgungen nicht der Zeitdruck, sondern bei uns ist es die hochelektive Arbeit, die wir machen können. Es sind medizinisch besondere Herausforderungen. Ich habe das schon betont: Die periprothetischen Frakturen und die periprothetischen Infektionen haben einen extrem hohen, auch zusätzlichen Aufwand.

Das Besondere im Versorgungskonzept EndoCert ist, dass der gesamte Weg des Patienten begleitet wird, dass die Indikationsstellung, auf die es auch sehr ankommt, mit begleitet wird. Die Refinanzierung, die bei uns notwendig wäre, ist eben die Zusammenarbeit dieser Zentren. Die Fixierung auf nur wenige, ganz seltene oder ganz ausgesuchte Zentren ist vor dem Hintergrund der Herausforderung Endoprothetik, also über 400 000 Versorgungen im Jahr, eigentlich nicht zielführend. Es gibt da nicht das Problem der seltenen Komplikation gibt, sondern, es gibt hoch anspruchsvolle Komplikationen und Krankheitsbilder, die dann versorgt werden müssen. Aber das ist nicht ein seltenes Problem, sondern das ist ein Problem der Abstimmung untereinander. Und dieser Abstimmungsprozess, diese Förderung der Netzwerkstruktur, das ist etwas, was wir besonders herausstellen wollen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Noch einmal die DKG.

DKG: Wie viele Zentren gibt es Ihrer Einschätzung nach derzeit, die diese Kriterien überregionales Traumazentrum plus ein weiteres Zentrum, erfüllen?

Herr Dr. Auhuber (DGOÜ / DGU / DGCH): Die Traumanetzwerkstruktur hat momentan zirka 600 zertifizierte Zentren als lokale, regionale und überregionale Traumazentren. Davon sind ungefähr 200 Kliniken regionale Traumazentren und zirka 100 Kliniken überregionale Traumazentren oder 110, je nachdem, wie man die angrenzenden Länder landübergreifende dazuzählt oder nicht.

Wir haben das einmal ein bisschen simuliert. Wir haben geschaut, wer diese Kriterien hat und wer sie erfüllen würde. Nachdem, was wir jetzt wissen, würden wir auf eine Quote von ungefähr 60 bis 70 Kliniken kommen. Wobei natürlich die Qualitätsanforderungen so offen gestaltet sind, dass, wenn jemand beispielsweise das FESSH-Zertifikat erwerben würde, er am Ende des Tages natürlich auch zusätzlich da hineinkommen kann.

Aber letztendlich ist im Prinzip sichergestellt, dass ungefähr etwas mehr als zehn Prozent aller Traumazentren letztendlich zuschlagsberechtigt sein würden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Gibt es weitere Fragen dazu? – PatV? Ländervertreter? Das sehe ich nicht. – Dann herzlichen Dank. Somit können wir die Traumazentren auch abschließen.

Ich würde jetzt, abweichend von der Nummerierung, vor den rheumatologischen Zentren kurz die Herzzentren aufrufen, weil wir hier ein ganz wesentliches Zeitproblem mit einzelnen Stellungnehmern haben. Ich würde hier als Erstes der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie die Möglichkeit zur Stellungnahme geben. – Das ist Herr Professor Gummert. Sehen Sie, das klappt doch noch.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Ganz herzlichen Dank, dass das klappt. Das ist auch beruflich bedingt, also nicht privat.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ist klar, ist okay. Deshalb auch für Sie die Extrawurst, die ich normalerweise nicht backe; weil wir das besprochen haben; weil es anders nicht geht.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Ich nehme zur Kenntnis, dass das Herz Ihnen am Herzen liegt. Das ist sehr schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Gut. Ich möchte vier Punkte zu unserer schriftlichen Stellungnahme der DGTHG noch einmal betonen. Die allgemeinen Voraussetzungen, dass eine Abteilung für Kinderherzchirurgie nicht existiert, hatten wir schon ausgeführt. Das heißt, man muss da letztendlich noch andere Definitionen finden.

Weiterhin ist für uns eine Folgeabschätzung wichtig, wenn man die Kriterien jetzt zu weit fasst. Unser Vorschlag wäre, dass man zur Vorhaltung von Herzchirurgie und Kardiologie zusätzlich entweder noch ein Kinderherzzentrum hinzunimmt und/oder ein Transplantationsprogramm mit einer signifikanten Transplantationszahl, um die entsprechenden Kriterien zu haben.

Der zweite Punkt ist die Forschungstätigkeit: Wir sehen hier, wie andere Fachgesellschaften auch, folgendes Problem: Wenn man sie auf Leitlinienarbeit fokussiert, ist es extrem schwierig, weil es nicht so

steuerbar ist. Wir würden vorschlagen, dass so etwas anhand von Publikationen gemessen wird, wo man sich letztendlich überlegen muss, wie viel Publikationen das pro Jahr sind.

Das sicherlich spannendste Thema ist die Mindestfallzahl. Wir haben innerhalb der Fachgesellschaft sicherlich auch unterschiedliche Ansichten. Das Hauptproblem, was wir natürlich sehen, ist, dass es zu Fehlanreizen kommt. Ich kann mich auch meinen Vorrednern anschließen. Wünschenswert wäre eher, die Indikationsstellung als Indikator zu nehmen. Aber das ist leider Zukunftsmusik, sodass man sich letztendlich auf Mindestfallzahlen einigen muss. Unser Vorschlag wäre 1 500 herzchirurgische Eingriffe, allerdings mit Ergänzung noch von weiteren OPS-Codes, sonst wäre die gesamte Herzchirurgie nicht vollständig abgebildet. Das wären die Codes 5-384 und 5-38a und 5-390. Dahinter verbergen sich aortenchirurgische Eingriffe und ein Teil der kinderherzchirurgischen Eingriffe. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor. Sie hatten sich auch noch zu den TX-Zentren, Anlage 9, geäußert; gibt es dazu noch etwas zu ergänzen, weil Sie ja gleich wegmüssen.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Da gibt es nichts zu ergänzen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay. Dann würde ich an der Stelle eine Ausnahme von der Regel machen, weil der Professor jetzt gleich wegmuss. Gibt es spezifische Fragen zu der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, zur Anlage 5 und zur Anlage 9, die wir jetzt stellen müssen und sollten. – Die Patientenvertretung, bitte schön.

PatV: Könnten Sie bitte noch einmal erläutern, was Sie damit meinen, dass Kinderherzzentren und Transplantationszentren hinzugezogen werden? Das ist mir nicht ganz klar, wie die Kombination zustande kommt.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Vielen Dank für die Frage. Letztendlich realisieren wir natürlich auch, dass nicht alle 80 herzchirurgischen Zentren in die engere Wahl kommen können. Denn fast alle Kliniken mit Herzchirurgie und Kardiologie bezeichnen sich als Herzzentrum. Wir müssen einfach Kriterien finden, um die Zentren herauszuheben, die besondere Expertise auf bestimmten Gebieten haben.

Wir haben auch eine gewisse Folgeabschätzung gemacht. Ich will das an einem Beispiel erläutern: Wenn Sie in einem Bundesland ein hervorragendes Transplantationszentrum haben, was aber keine Kinderherzchirurgie hat, glaube ich, wäre das politisch sehr schwierig, diesem Zentrum so einen Status zu verwehren. Das Gleiche gilt für den umgedrehten Fall. Von daher ist das eher diese pragmatische Lösung. De facto ist es natürlich so, dass es mit beiden Disziplinen oder beiden Fachrichtungen, also Kinderherzzentrum plus Transplantation, dann ein vollumfängliches Herzzentrum ist.

PatV: Also sehe ich das richtig, dass das Oder eine wichtige Rolle spielt? Kinderherzzentrum oder Transplantationszentrum?

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Ja. Aber ich habe deswegen und/oder gesagt, um auch zu betonen, dass natürlich auf jeden Fall auch beides gemeint ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ich habe jetzt die DKG.

DKG: Ich habe noch eine Frage zu den Mindestfallzahlen. Sie haben sich eben schon zu den herzchirurgischen Eingriffen mit der Erweiterung auf die OPS geäußert. Ein Teil der Beschlussvorlage geht

davon aus, dass es Und-Verknüpfung mit den 50 Eingriffen mit HLM gibt plus die entsprechenden Mindestfallzahlen. Könnten Sie vielleicht dazu auch noch etwas sagen?

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Vielen Dank. Das habe ich in der Eile auch vergessen, auszuführen. Diese Definition halten wir ehrlich gesagt für nicht zielführend. Weil mit diesen 50 Eingriffen letztendlich nur Eingriffe kodiert werden sollen, bei denen laut OPS-Kodierung noch zusätzlich ein Herz-Lungen-Maschinen-Eingriff kodiert werden soll. Dahinter verbergen sich in den allermeisten Fällen entweder sehr komplexe kinderherzchirurgische Eingriffe oder komplexe aortenchirurgische Eingriffe. Die sind aber durch die anderen OPS-Codes entsprechend abgedeckt, sodass wir eher vermuten, dass es da auch zu Fehlkodierungen kommen kann. Denn in einigen Kliniken ist es sicherlich so, dass wahrscheinlich in Unkenntnis der Notwendigkeiten dieser OPS-Code einfach zusätzlich kodiert wird, ohne dass sich etwas an der DRG-Eingruppierung ändert. Aber dadurch würde das Ganze zu unpräzise. Deswegen würden wir das vereinfachen wollen und nur auf diese OPS-Codes abstellen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt habe ich den GKV-SV und die DKG.

GKV-SV: Wenn man jetzt Ihrem Vorschlag folgen und sagen würde: Die besondere Expertise bilden wir ab, indem wir entweder ein Zentrum haben, das Kinder-/Jugendherzmedizin und die Erwachsenenmedizin vereint oder eben alternativ als Besonderheit ein Transplantationszentrum beschreiben würde, würde es aus Ihrer Sicht Sinn machen, das dann auch mit einer Mindestfallzahl für die Transplantation zu hinterlegen, um hier nicht den Fehlanreiz zu setzen, dass ein Haus mal eine Transplantation macht. Falls Sie das unterstützen würden, hätten Sie eine Vorstellung, in welchem Bereich das liegen könnte?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Es ist letztendlich so, dass diese Fehlanreize schwierig zu kontrollieren sind. Wenn wir jetzt eine Fallzahl von zehn haben, dann wäre das sehr schwer, wenn jemand beispielsweise eine Fallzahl von neun hat, wie es dann weitergeht.

Der zweite Punkt ist für mich auch immer sehr schwierig: Wie wollen wir das messen? Ein Mittelwert aus drei Jahren oder vier Jahren? Oder ein Mittelwert nur aus zwei Jahren? Es gibt Literatur von der ISHLT, die festgestellt hat, dass bei einem Cut-off von 20 die Sterblichkeit bei einer Transplantation ansteigt. Das ist die jährliche Statistik der ISHLT, die Internationale Gesellschaft für Herz- und Lungentransplantation.

Sicherlich ist es auch schwierig eine Fallzahl von 20 zu nennen, weil wir natürlich nicht genau wissen, wie die Widerspruchslösung akzeptiert wird oder nicht, und ob die Zahlen dann entsprechend auch vernünftig steigen werden. Von daher tue ich mich schwer, hier eine konkrete Zahl zu nennen. Jedoch gemessen an den Zentren, die in Deutschland transplantieren, sollten es nach meiner Einschätzung in jedem Falle deutlich mehr als zehn sein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann habe ich die DKG und dann noch einmal den GKV-SV.

DKG: Danke schön. Sie hatten sich vorhin schon zu den Mindestfallzahlen geäußert. Ich habe folgende Frage: Seitens des GKV-SV wird vorausgesetzt, dass man ein EMAH-Zentrum vorhalten muss sowie die Erfüllung der Kinderherz-Richtlinie, und zwar diese additiv zu den Mindestfallzahlen. Sie hatten es vorhin schon einmal in der Folgenabschätzung angesprochen. Haben Sie Kenntnis darüber, wie viele da letzten Endes diese ganzen Vorhaltungen überhaupt erfüllen?

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): In Deutschland gibt es derzeit 17 EMAH-Zentren, wobei leider nicht publiziert ist, inwieweit die jetzt auch gleichzeitig die anderen Bedingungen erfüllen. Von daher kann ich das leider nicht exakt sagen.

Ich habe noch eine kleine Anmerkung zu der Bedingung, dass eine Richtlinie des G-BA – die wir natürlich ganz toll finden – als Voraussetzung in einer weiteren Richtlinie genannt wird. Wenn man Kinderherzchirurgie betreibt, muss man diese Richtlinie einhalten. Von daher braucht man sie eigentlich gar nicht in der weiteren Richtlinie einzuführen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wir sind ja bescheiden. Wir erneuern immer den Geltungsanspruch unserer Richtlinien, insbesondere nachdem wir hier ein bisschen Flexibilität beim Personal geschaffen haben. Ich glaube, das ist mit der 20-Prozent-Quote, und Gott weiß was, eine gute Entscheidung. Gut, dann haben wir das! – Ich habe jetzt den GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe eine Detailfrage zu den von Ihnen genannten drei zusätzlichen OPS-Code, die zur Mindestmenge herangezogen sind. Das sind, wenn ich Sie richtig verstanden habe, die 5-384, dann die Stentgraft-Prothesen bei 5-38a und der operative Verschluss von Blutgefäßen – 5-389. Ich gehe davon aus, dass Sie das aber in den weiteren Stellen noch auf die herznahen Gefäße begrenzen wollen. Sonst könnte man ja den Verschluss einer oberflächlichen Vene theoretisch auch für die Aufnahme in ein Herzzentrum anrechnen. Ich glaube, das wäre nicht sachgerecht.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Danke für die Nachfrage. Ich weiß nicht, ob ich auch falsch verstanden wurde. Das war 5-390, und die 5-390. Wenn ich es richtig recherchiert habe, sind das die kinderherzchirurgischen Shunts. Es ist völlig klar, dass damit das andere natürlich nicht gemeint ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Klar. – Ja, bitte schön, GKV-SV.

GKV-SV: Ich gehe aber richtig in der Annahme, dass bei den anderen Codes, die von Ihnen genannt wurden, auch unter anderem die Chirurgie des Bauchaortenaneurysmas drin wäre. Das ist ja dann im weitesten Sinne keine herznahe Leistung. Deswegen wäre mein Wunsch, das wirklich auf die herznahen Gefäße zu beschränken.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich muss jetzt lachen, weil ich mir die Frage stelle, was ist herznah. Der eine sagt so, der andere so.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Ja, wobei hierzu gibt es innerhalb der beiden Fachgesellschaften einen ganz guten Kompromiss: Nämlich der Aortenbogen stellt dann letztendlich die Grenze dar.

(Heiterkeit)

De facto haben Sie natürlich recht. Wenn jetzt die reine Bauchaortenchirurgie darunterfallen sollte, dann sollte das natürlich nicht dabei sein, das ist völlig klar. Sondern hier geht es um die herzchirurgischen Eingriffe. Das ist deshalb wichtig, weil auch in diesen Herzzentren die komplette Aortenchirurgie abgebildet werden soll. Deshalb sollte man nicht die Fälle herausnehmen, die beispielsweise mit Stentgrafts versorgt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Ich sehe jetzt keine weiteren Fragen. Dann sind wir damit durch und haben noch neun Minuten Zeit.

Herr Prof. Dr. Gummert (DGTHG): Dann kann ich meinen Kollegen noch zuhören. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Ich würde jetzt mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-/Herz- und Kreislaufforschung weitermachen. – Bitte schön, Herr Professor Deneke und Herr Dr. Rolf.

Bitte schön, Herr Professor Deneke.

Herr Prof. Dr. Deneke (DGK): Vielen Dank für die Einladung. Erst einmal ganz herzlichen Glückwunsch zu der Vorlage, die wir erhalten haben und die wir Ihnen mit einigen wenigen Ergänzungen auch noch einmal überarbeitet zurückgeschickt haben.

Anders als die Deutsche Gesellschaft für Herzchirurgie sehen wir schon eine klare Trennung zwischen der Herzmedizin im Erwachsenenalter und der Kinderherzmedizin. Schon alleine aufgrund der Zahlenverhältnisse der Patienten, die im Wesentlichen doch deutlich über 20 Jahre sind. Unserer Meinung nach sollte sich inhaltlich ein Herzzentrum im Erwachsenenalter nach den vorhandenen Strukturen ausrichten, sprich, nach der eigenständigen Herzchirurgie, der eigenständigen Kardiologie, der eigenständigen Rhythmologie und eventuell auch nach einer Herzmedizin getriggerten Intensivmedizin. Darüber hinaus bedarf es Qualitätsmanagement und -nachweise. Diese sind von Ihnen bereits in der Vorlage eingegeben worden.

Ergänzend wäre hier noch zu wünschen, dass die Zertifizierungsprozesse, die die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie in vielen dieser Themenbereiche erfüllt, bereits gut etabliert und sehr gut angenommen sind. Insofern kann das, glaube ich, eine gute Vorarbeit sein, um das Qualitätsmanagement zu verbessern. Es bedarf aber auch in diesem Falle einer weiterführenden Qualitätskontrolle in den Herzzentren. Ich glaube somit, dass man sehr gut beraten ist, wenn man in den Herzzentren eine intensive Kommunikation hat. – Vielen Dank.

(Herr Professor Hecken verlässt den Raum. Herr Dr. Vogel übernimmt stellvertretend den Vorsitz.)

Herr Dr. Vogel (stellv. Vorsitzender): Vielen Dank. – Jetzt Herr Dr. Rolf, bitte.

Herr Dr. Rolf (DGK): Ich möchte auch noch einmal herzlichen Dank dafür sagen, dass vor allen Dingen die von der DGK schon definierten Zertifizierungsprozesse auch wörtlich in diese Vorlage übernommen wurden. Das erscheint uns sehr wichtig. Damit möchte ich auch die Brücke schlagen zur Strukturqualität, die wir mit Definition dieser Herzzentren schaffen wollen. Unser Anliegen ist, diese Strukturqualität natürlich auch flächendeckend in Deutschland anbieten zu können.

Wenn man noch einmal das Beispiel EMAH-Zentrum aufgreift und sich die DGK-Zertifizierungslandschaft anschaut, sieht man dort eine senkrechte Linie, die unser Land teilt. In den östlichen Bundesländern beispielsweise gibt es nur in Berlin und Leipzig EMAH-Zentren. Würde man das als Grundkriterium für die Errichtung eines Herzzentrums aufnehmen, würde da eine große Versorgungslücke entstehen.

Gleiches gilt aus meiner Sicht auch für die Transplantation. Sollte man das zu einer *Conditio sine qua non* machen, insbesondere in Anbetracht der sinkenden Transplantationszahlen – in Hessen beispielsweise gibt es trotz mehrerer Unikliniken, nur noch ein Transplantationszentrum –, wäre unser Vorschlag, zu definieren, dass man mit solchen Zentren kooperieren muss, dass dies aber keine grundlegende Voraussetzung ist. – Vielen Dank.

Herr Dr. Vogel (stellv. Vorsitzender): Vielen Dank. Wir kommen jetzt zur Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie. – Herr Daehnert, bitte.

Herr Prof. Dr. Daehnert (DGPK): Vielen Dank, dass wir eine Stellungnahme abgeben dürfen. Der G-BA hat durch die Richtlinie Kinderherzchirurgie bereits faktisch die Entstehung von Kinderherzzentren bewirkt, ohne dass die so genannt werden. – Vielen Dank dafür.

Diesen Einrichtungen gehören zweifellos räumlich und strukturell in Herzzentren. Den besonderen Anforderungen der Kindermedizin muss dort aber ohne Abstriche Rechnung getragen werden. Das ist zum Teil schon vorgesehen, aber nicht vollständig. Wenn man das vollständig machen will, empfehlen wir, sich vollständig an den Kriterien in „Ausgezeichnet FÜR KINDER“ zu orientieren. Dort ist das abgebildet, was im Wesentlichen Voraussetzung ist.

Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern sind in Deutschland kritisch unterversorgt. Ihre Betreuung muss als besondere Aufgabe von Herzzentren, in denen es schon Kardiologie, Kinderkardiologie, Herzchirurgie und Kinderherzchirurgie gibt, definiert und etabliert werden. Ein Kriterium dafür könnten die gemeinsamen Zertifizierungsrichtlinien von DGK, DGTHG und DGPK sein, die es schon gibt und die zur Herausbildung von inzwischen 17 EMAH-Zentren geführt haben.

Die ambulante Betreuung von Patienten mit angeborenen Herzfehlern gehört zu den integralen Zentrumsaufgaben. Wir würden bitten, das auch so festzulegen. Wo sollen diese Patienten betreut werden, wenn nicht in Zentren?

Als letzten Punkt: Ich denke, dass auch nationale Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht nur als integrale Zentrumsaufgaben, sondern auch als zentrumsübergreifender Aufnahmen etabliert werden müssen. – Vielen Dank.

(Herr Prof. Hecken hat den Raum betreten und übernimmt den Vorsitz.)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja. Ganz herzlichen Dank. – Ich habe als Nächstes Herrn Professor Dötsch. Ich glaube, Sie waren noch nicht dran.

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Vielen Dank. Vielleicht auch noch einmal zur Erklärung: Wir haben für die anderen Gruppen natürlich als Dachgesellschaft auch eine Koordinationsfunktion. Vieles ist natürlich mit den jeweiligen Fachdisziplinen, die sich hier präsentieren, abgestimmt. Mir ist noch einmal wichtig zu betonen – auch insbesondere im Hinblick auf die Ausführungen von Herrn Gummert zu Beginn –, dass wir diesen Aspekt der kindgerechten Versorgung so, wie es jetzt eben zum Ausdruck kam, für ganz entscheidend halten. Es sollte durch die Bildung von Herzzentren nicht dazukommen, dass die kindgerechte Situation sich in irgendeiner verwässert. – Das gerne dazu.

Um Zeit zu sparen, würde ich meine weiteren Statements auch immer in dieser Kürze halten, wenn es um die allgemeinen Aspekte geht und ansonsten jeweils auf den Fachkollegen verweisen. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank. Das war Herr Professor Dötsch für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Jetzt habe ich noch die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik. – Herr Professor Rieß.

Herr Prof. Dr. Rieß (GfH): Wir haben dazu keine besonderen Anmerkungen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Keine besonderen Anmerkungen. – Danke. Ich frage jetzt: Sitzt noch jemand hier, der zu Herzzentren speziell sich geäußert hat und jetzt noch nicht gefragt worden ist? Das ist nicht der Fall. Dann folgt jetzt die Fragerunde. Wer möchte? – Der GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Wir haben in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-/Herz- und Kreislaufforschung, an die ich jetzt meine Frage richten möchte, zur Kenntnis genommen, dass Sie gesagt haben, es ist eigentlich schade, dass Sie nur Mindestfallzahlen für die herzchirurgischen Eingriffe festgelegt haben. Und Sie könnten sich auch vorstellen, so etwas noch einmal für den Bereich der Kardiologie zu definieren. Hätten Sie dazu konkrete Vorstellungen, besonders unter dem Aspekt, dass wir hier keine Mindestmengen für einzelne Leistungen festlegen wollen, sondern Mindestfallzahlen, die ein Spektrum bezeichnen, was die besondere Expertise des Zentrums beschreibt. Gibt es dazu einen konkreten Vorschlag von Ihnen?

Herr Prof. Dr. Deneke (DGK): Vielen Dank für die Frage. Es ist so, dass wir in unseren Zertifizierungsprozessen zumindest Mindestfallzahlen angegeben haben, die natürlich spezielle Krankheitsbilder beinhalten. Man kann sich darüber hinaus Dinge vorstellen, wie Fallzahlen für komplexe Patienten mit Herzinsuffizienz, Patienten mit komplexen Rhythmusstörungen, komplexe Klappenerkrankungen, die man noch definieren müsste. Im Prinzip ist es aber so, dass durch die Unterzertifizierung von unterschiedlichen Teilaspekten eines Herzzentrums Mindestfallzahlen vorgegeben sein sollten. Wir hatten auch geschrieben, dass eine Prozedur, die man nur einmal in der Woche oder seltener macht, sicherlich kein ausreichendes Maß an Expertise für die Durchführung dieser Prozedur beinhaltet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Darf ich das, was Sie jetzt gesagt haben, auch für die Diskussion Mindestmenge TAVI verwenden, Herr Professor? – Das war eine scherzhafte Bemerkung. Wenn Sie das mit Ja beantwortet hätten, hätte ich gesagt: Machen Sie mal einen Vorschlag für die Mindestmenge TAVI. Aber das ist eine andere Baustelle, nicht wahr?

Herr Prof. Dr. Deneke (DGK): Genau.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay. – Bitte schön, die Patientenvertretung.

PatV: Ich habe eine Frage an Herrn Professor Daehnert. Ich weiß nicht, ob jetzt vorher noch Fragen an die anderen sind, aber – –

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Machen wir Bäumchen wechsle dich.

PatV: Ja, okay. Herr Professor Daehnert, aktuell gibt es ungefähr 80 Herzzentren, die für Erwachsene sind, und ein Teil davon, nämlich 20, versorgen auch Kinder und Jugendliche. Im Moment steht immer noch so ein bisschen im Raum, ob das auch ein Kriterium für ein Zentrum ist, dass Kinder in diesem Zentrum versorgt werden müssen? Ist es sonst kein Zentrum?

Wir von der Patientenvertretung überlegen uns gerade, was passieren würde, wenn jetzt in allen 80 Zentren – manchmal steht auch die Zahl 50 im Raum – auch Kinder versorgt werden würden? Können Sie da kurz einmal schildern, was das bedeuten würde? Was das für Folgen hätte?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank für die Frage.

Herr Prof. Dr. Daehnert (DGPK): Vielen Dank für die Frage. Wir haben uns diese Frage auch gestellt. Wir können das natürlich nicht andersherum sagen, weil wir als eine Gesellschaft, die sich mit Kindern mit angeborenen Herzfehlern beschäftigt, nicht einschätzen können, wie viele Zentren für die Versorgung von Erwachsenen gebraucht werden. Ich denke aber, dass die Zahl 20, die Sie zur Versorgung von Kindern genannt haben, ausreichend ist. Man könnte sich Konstellationen vorstellen, wo es zu einem Fehlanreiz kommt, wenn mehr als diese etwa 20 Kinderherzzentren in Deutschland entstehen,

die dann aufgrund der größeren Zahl jeweils nur kleinere Fallzahlen haben werden, und dadurch die Versorgungsqualität sinkt und nicht steigt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Gibt es weitere Fragen? DKG? – Ja, bitte schön.

DKG: Ich habe auch noch einmal eine Frage an Herrn Daehnert, weil es bei mir eben nicht so ganz ankam. Wir hatten vorhin in den Ausführungen von Herrn Dr. Rolf gehört, dass die Schwierigkeit darin besteht, wenn man die Herzzentren so umfassend packt, dass auch die EMAH-Zentren als Grundvoraussetzung hineinkommen, um überhaupt als Zentrum anerkannt zu werden – so hatte ich es zumindest verstanden – man aufgrund der strukturell auch sehr einseitigen Verteilung in Ost und West Probleme bekommen würde. Sie haben sich sehr für die EMAH-Zentren stark gemacht, in dem Sinne, dass Sie sagen: Es wäre anzustreben, da etwas als Qualitätsgrundvoraussetzung zu etablieren, um überhaupt als Zentrum anerkannt werden.

Herr Prof. Dr. Daehnert (DGPK): Diese Grundvoraussetzung haben wir nicht gefordert, sondern die steht in den von Ihnen vorgelegten Entwürfen. Wir denken, dass EMAH-Zentren, die bisher nur durch die Fachgesellschaften definiert worden sind und sich bisher noch nicht in der Struktur der deutschen Gesundheitslandschaft wiederfinden, nur dort sinnvoll sind, wo Kinderkardiologen, Kardiologen, Herzchirurgen und Kinderherzchirurgen zusammenarbeiten. Nur dort wird es hochqualitative Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern geben. Das ist, denke ich, unbedingt notwendig.

Die Struktur, die die Fachgesellschaften sich ausgedacht haben, die spiegelt sich im Moment noch nicht wieder. Dort gibt es überregionale EMAH-Zentren. Es gibt dort auch EMAH-Schwerpunktkliniken, die weniger spezifische Aufgaben erfüllen, aber trotzdem spezialisiert sind. Auch EMAH-Praxen sind in diesem Konzept vorgesehen, von denen es auch einige in Deutschland gibt. Aber Sie haben recht, das müsste sich viel breiter etablieren. Das würde es aber nur tun, wenn der zusätzliche Aufwand, den diese Patienten verursachen, und das ist viel Aufwand, auch irgendwie abgebildet und vergütet wird.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Beantwortet das Ihre Frage, DKG? – Dann habe ich den GKV-SV. Nein? Keine Frage? Dann schaue ich in die Runde: Länder? – Keine Fragen. Die PatV hat auch keine weiteren Fragen. Somit können wir den Komplex Herzzentren abschließen.

Wir gehen jetzt eins zurück, zu Anlage 4: Rheumatologische Zentren. Da würde ich gerne mit der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten beginnen. – Frau Dr. Jansen, bitte. – Sie ist nicht da; sie ist schon weggelaufen. Gut, wenn Sie nicht da ist – wir haben ja die schriftliche Stellungnahme. Dann sind wir beim Verband Rheumatologische Akutkliniken.

Herr Prof. Dr. Lakomek (VRA): Herr Professor Hecken, vielen Dank für die Möglichkeit, hier zu sprechen. Die Anlagen, die wir beantwortet haben, haben wir im Konsens mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie beantwortet. Ich spreche heute eigentlich für beide Gremien.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, dann nehmen wir das zu Protokoll. – Ja, bitte.

Herr Prof. Dr. Lakomek (VRA): Der Verband der Rheumatologischen Akutkliniken wurde 1998 gegründet, um Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in die akutstationäre Rheumatologie hineinzubringen. Die Rheumatologie ist aus der Kurortmedizin entstanden und eigentlich erst Anfang der 80-er Jahre akutstationär in einer gewissen Breite etabliert worden.

Wir hatten Anfang des letzten Jahrzehnts die Herausforderung, dass wir kein DRG-System für die Rheumatologie in der Vorlage des Australischen AR-DRG-Systems hatten. Wir mussten ein DRG-

Evaluationsprojekt machen, um überhaupt erst einmal DRGs für die akutstationäre Rheumatologie definiert zu bekommen. Uns war wichtig, dass wir sehr viel für die Qualität machen. Wir haben 2002 eine Strukturqualität für Rheumakliniken definiert, damit man überhaupt erst einmal weiß, wie eine Struktur einer Rheumaklinik aussieht. Wir haben sehr viel für Prozess- und Ergebnisqualität unternommen.

Seit 2003, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, haben wir ein Qualitätsprojekt aufgelegt. Das nennt sich OBRA (Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung). Von Anfang an war die Deutsche Rheuma-Liga mit dabei, hat uns beraten und Themen gesetzt. Dieses Qualitätsprojekt führen bis heute durch – viele Jahre mit der BQS. Wir sind dann, durch die Herausnahme von vielen Mitarbeitern und Herrn Dr. Veit, zum aQua-Institut gewechselt. Heute ist also hier der Projektträger das aQua-Institut.

Was ich zum Ausdruck bringen möchte, ist, dass wir schon früh angefangen haben, viel auf Qualität zu setzen. Somit sind wir dankbar, dass wir hier auch jetzt gesetzliche Richtlinien für Zentren haben. Wir haben den Dialog geschätzt, um dieses zu diskutieren. Wir haben die Herausforderung, dass aus der historischen Entstehung von Rheumakliniken nicht alle, die eigentlich für ein Zentrum etabliert sein müssten, das Standortkriterium erfüllen. Zu diesem Punkt würde ich gerne an Herrn Abrolat weitergeben, der das vielleicht ein Stück plakativ darstellt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ganz herzlichen Dank. – Herr Dr. Abrolat, bitte.

Herr Dr. Abrolat (VRA): Auch von meiner Seite vielen Dank. Das Standortthema ist, wie auch für andere Zentren, natürlich insbesondere auch für die Rheumatologie hoch relevant, da auch historisch gesehen die Rheumatologie hier vielleicht schon Gesundheitspolitik vorweggenommen hat, nämlich indem es Spezialkliniken gibt, wo es hochgradig Sinn macht, die Patientenklintel zu versorgen, die unter 400 verschiedenen Erkrankungen subsummiert werden kann. Vor diesem Hintergrund hat schon jede rheumatologische Klinik zahlreiche Kooperationen mit Fachärzten geschlossen, da sie selbst keine großen Versorger vor Ort, am Standort haben. Die Kooperation ist das tägliche Geschäft in der Rheumatologie.

Gesundheitspolitisch ist ja auch gefordert, die Versorgung zum einen so zu gestalten, dass nicht Vorhaltungen an jedem Standort gemacht werden, sondern Kooperationen gefördert werden und die Spezialversorgung gerade in solchen Spezialkliniken auch stattfindet.

Um einmal drei Beispiele unter den bestehenden Kriterien zu nennen, wenn das Standortkriterium aufrechterhalten würde: Das sind die Kerckhoff-Kliniken in Hessen, die Rheuma-Klinik in Sendenhorst, die auch als Kinder-Rheumatologie eine herausragende Arbeit leistet und die ACURA Klinik in Rheinland-Pfalz. Diese Kliniken könnten beispielsweise niemals Zentrum werden, obwohl niemand hier im Raum sicherlich behaupten wird, dass dort schlechte Rheumatologie oder keine hochprofessionelle und medizinisch hochqualitative Rheumatologie erbracht wird.

Im Gegenzug dazu stehen Maximalversorger, die mit zwei Rheumatologen am Standort sicherlich dieses Standortkriterium erfüllen würden, aber in der Tiefe dort nicht die Qualität leisten, die ein Zentrum leisten würde. Deswegen hat der VRA auch zusätzlich Kriterien definiert, was sich in der Fallzahl äußert, um die Eintrittsbarriere möglichst hoch zu halten. Selbst unter diesen Kriterien ist gewährleistet – und das will der VRA auch nicht, dass jede Rheumaklinik Zentrum werden kann –, dass dort nur etwa 40 Prozent der Kliniken aus dem VRA überhaupt potenziell die Möglichkeit hätten, ein Zentrum zu bilden. Ich denke, es ist auch unkritisch, dass das Merkmal einer hohen Fallzahl in bestimmten Bereichen – und das gilt sicherlich für Rheumatologie – ein Qualitätskriterium ist. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ganz herzlichen Dank für diese einführende Stellungnahme. Wir haben als Nächste, bevor wir in die Fragerunde gehen, dann kommen Sie sicher noch einmal zum Zuge, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. – Gibt es da ergänzende Bemerkungen?

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Ja, auch an dieser Stelle würde ich gerne wieder auf den Kollegen Professor Haas verweisen, der jetzt für die spezialisierten pädiatrischen Kinderrheumatologen sprechen wird. Das war doppelt gemoppelt. – Entschuldigung.

Ich würde gerne hier auch noch einmal betonen, dass das eines unserer Fächer ist, bei denen wir am Stärksten darauf angewiesen sind, uns vom stationären Rahmen in den ambulanten Bereich zu entwickeln, und dies nicht nur zugunsten der Kinder und Jugendlichen, sondern auch, um die Kosteneffizienz in dem Bereich zu steigern. Und damit würde ich gern, wenn ich darf, das Wort schon an dem Kollegen weitergeben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Er ist ohnehin als Nächster dran, Danke schön. – Damit sind wir bei der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie.

Herr Prof. Dr. Haas (GKJR): Ganz herzlichen Dank, dass wir uns hier auch äußern dürfen. Zunächst einmal kann man vielleicht dem Schreiben an den Herrn Spahn noch folgendes anfügen: Wir freuen uns ausdrücklich und wollten es hier auch noch einmal sagen, dass der G-BA die strategische Entscheidung getroffen hat, sowohl ASV als auch jetzt die Zentrenfrage, die Rheumatologie und die Kinderrheumatologie parallel zu bearbeiten. Das ist, denke ich, aus fachlichen Gegebenheiten und auch im Hinblick auf die Transition eine ganz, ganz wichtige Entscheidung.

Gleichwohl, und das sehen Sie auch an unseren Statements, sehen wir uns natürlich in der Pädiatrie. Das heißt, wir haben die Situation, dass ein Teil der kinderrheumatologischen stationären Versorgung in Kinderkliniken sein wird, und ein Teil wird in eigenständigen organspezifischen Abteilungen sein – Sendenhorst wurde eben schon genannt.

Ich möchte hier auch noch einmal unterstreichen, was wir vorher bei der Kinderherzchirurgie gesagt haben: Wenn das eigenständig ist, organbezogen, dann muss das die Qualitätsmerkmale pädiatrische Versorgung erfüllen, sowohl pflegerisch als auch ärztlich. Das heißt, es müssen Fachabteilungen sein, die pädiatrisch geführt werden. Das ist einfach im Interesse der Patienten und auch der Angehörigen.

Herr Dötsch hat es eben schon angesprochen: Die Kinderrheumatologie ist, glaube ich, von den organspezifischen angesprochenen Themen dasjenige, was am Deutlichsten diese Verzahnung ambulant, stationär braucht. Aber das gilt für die anderen auch. Das sollte das Papier irgendwie berücksichtigen.

Das Problem Standort ist heute schon mehrfach angesprochen worden – Speziallabore. Aber es gibt beispielsweise nur extrem wenige auf Kinder spezialisierte Rheumaorthopäden in Deutschland. Das heißt, es muss die Möglichkeit geben, durch nachgewiesene Verträge Zusammenarbeiten zu belegen, auch, wenn jemand nicht unmittelbar am Standort ist.

Ganz allgemein wollte ich nur auf folgendes hinweisen: Es steht mehrfach, auch in anderen Fachgebieten, in dem Entwurf: „Ein Zentrum muss ein Register führen.“ Gemeint ist wahrscheinlich an „einem Register teilnehmen“. Denn wir wollen jetzt natürlich nicht 20 verschiedene Register, sondern möglichst nationalweite.

Als Allerletztes wollte ich noch ergänzen, dass wir uns von Ihnen einen Vorschlag wünschen, wie das mit den A- und B-Zentren gehen soll. Das hatte der Herr Hebestreit vorher schon einmal angesprochen. Es wird bei den Seltenen Erkrankungen in der Pädiatrie unzweifelhaft Erkrankungen geben, die besser

im nephrologischen Zentrum oder besser im rheumatologischen Zentrum versorgt sind. Also muss es Ziel sein, dass beispielsweise ein nephrologisches Zentrum auch B-Zentrum in einem Zentrum für Seltene Erkrankungen sein kann. Da brauchen wir, glaube ich, eine strukturelle Vorgabe, wie das dann praktisch laufen soll. – Herzlichen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ganz herzlichen Dank, Herr Professor Haas. Ich will das jetzt nur an der Stelle einmal sagen, ohne damit irgendetwas zu antizipieren, weil das jetzt schon mehrfach kam, wie wir es schaffen, irgendwie eine Brücke in den ambulanten Bereich hinzubekommen. Sie haben gerade den Paragraphen 116b zum Thema Rheuma erwähnt – egal, ob er jetzt gut oder schlecht ist. Wir werden auf alle Fälle noch einmal diskutieren müssen, ob wir nicht zumindest in den Bereichen, in denen wir 116b-Strukturen haben, Kooperationen einbeziehen. Das ist auch ein Anliegen, was die Kassenärztliche Bundesvereinigung mehrfach adressiert hat.

Das wäre aus meiner Sicht – wie gesagt, das ist meine persönliche Meinung und nicht Meinung dieses Gremiums – absoluter Wahnsinn, wenn man sagt: Man baut eine ambulant spezialfachärztliche Schiene auf und daneben baut man die Zentren auf; und man verbietet, das Gespräch miteinander oder befördert es jedenfalls nicht, zumal wir eben bei vielen Krankheiten – jetzt nicht nur bei der Rheumatologie – eben das permanente Hin-und-Her haben, gerade bei den Orphans. Wobei uns da die ASV fehlt. Da wünschen wir uns ja gerade, dass die Patientinnen und Patienten möglichst lange und möglichst viel in der Häuslichkeit betreut werden. Was aber häufig aufgrund der fehlenden Strukturen vor Ort nicht gelingt.

Heute Morgen war einmal von Dresden die Rede, da wurde mir auch berichtet, dass man bei Mukoviszidose sehr häufig Patienten im stationären Kontext behandeln muss. Nicht weil sie unbedingt stationär behandlungsbedürftig wären, sondern, weil einfach irgendwo in der Fläche die Struktur nicht vorhanden ist. Um das zu befördern, müsste das jetzt zumindest ein Nebeneffekt dieser Richtlinie sein.

Sie sehen, wir haben Ihre Stellungnahmen gelesen und uns darüber auch Gedanken gemacht, um die Eingangsbemerkung zu belegen. Wir müssen nicht bei Adam und Eva anfangen, aber beim Rheuma passt das richtig gut. Das ist, wie gesagt, nur meine persönliche Meinung. Nicht, dass Sie jetzt heimgehen und sagen: Der G-BA beschließt das. Manchmal beschließt der G-BA, was ich möchte. Aber bei weitem nicht immer. Da arbeiten wir noch dran; müssen wir mal schauen.

Jetzt sind wir bei der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik. – Herr Professor Rieß.

Herr Prof. Dr. Rieß (GfH): Herzlichen Dank. Wir möchten hier nur die Anmerkung machen, dass gerade im Kinderbereich bei den rheumatologischen Erkrankungen auch wieder eine große Anzahl von genetisch bedingten Ursachen vorhanden ist – übrigens wie auch bei den Herzzentren. Ich habe das jetzt speziell nicht aufgeführt, dass wir eine enge Zusammenarbeit mit humangenetischen Einrichtungen vorschlagen. Ich bringe den Punkt hier, um einfach noch einmal zu sagen, dass wir nicht die Notwendigkeit des Vor-Ortes sehen, denn das ist quasi nicht durchsetzbar. Jedoch eine Anbindung auch in Richtung von Fortbildung, Weiterbildung und Einbeziehung von Qualitätskontrollen ist hier notwendig. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank. Ist noch jemand hier, der dazu Stellung genommen hat und jetzt noch nicht vorne war. – Keiner. Dann Fragerunde: Wer möchte? – Bitte schön, der GKV-SV.

GKV-SV: Zunächst eine Frage an Herrn Professor Dr. Lakomek. Sind die im Beschlussentwurf der GKV-SV vorgelegten Mindestfallzahlen aus medizinischer Sicht geeignet, um die Qualifikation des Zentrums für die Wahrnehmung besonderer Aufgaben zu beschreiben?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Professor Lakomek, bitte.

Herr Prof. Dr. Lakomek (VRA): Das kann ich voll unterstützen. Wir haben auch geprüft, wo die Kliniken sind oder wie viele Kliniken das erfüllen. Im Rahmen des Qualitätsprojektes sind es knapp 50 Prozent der Kliniken, die diese 500 Fälle haben oder 100 Fälle mit Spezialdiagnosen. Wir brauchen eine gewisse Mindestmenge an Diagnosen, um bei dem großen Spektrum der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen auch qualifiziert tätig zu sein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Die Patientenvertretung.

PatV: Ich habe auch eine Frage direkt an Herrn Professor Lakomek: Sie haben auch diese Standortfrage noch einmal aufgeworfen und haben aber selbst auch in den Qualitätskriterien die Notwendigkeit interdisziplinärer Versorgung der schweren rheumatischen Verlaufsformen beschrieben. Ich würde gerne von Ihnen noch einmal folgendes wissen: Wie kann das funktionieren, wenn vor Ort keine interdisziplinäre Kompetenz vorhanden ist, aber besondere Aufgaben – wie interdisziplinäre Fallkonferenzen oder die Begutachtung von Patienten aus anderen Krankenhäusern –, über dieses Zentrum zu erledigen? Sagen Sie einfach noch einmal, wie Sie sich das vorstellen, wie das funktionieren kann.

Herr Prof. Dr. Lakomek (VRA): Wir haben bisher jetzt schon solche Kooperationen, die über viele Jahre auch in anderen Krankenhausstandorten gehen, weil diese Standorte uns auch jetzt schon Patienten zuweisen. Auch in diesen Standorten gibt es Spezialisten, die sich über die Jahre mit den Rheumapatienten beschäftigt haben.

Ich arbeite selbst in einem führenden Fachrichtungsabteilungs Krankenhaus mit 19 Betten. Nicht mit jeder Fachabteilung haben wir eine enge Kooperation. Das ist manchmal historisch gewachsen und auch zwischenmenschlich. Und es gibt andere Fachabteilungen, die sind im benachbarten Krankenhaus. – Das geht hervorragend. Ich denke, das liegt immer an den Kooperationen, die man aufgebaut hat. Wir fangen nicht jetzt erst an, diese Kooperationen zu machen. Aber es gibt einfach Universitätsklinika – ich denke auch an Heidelberg –, die würden kein Zentrum werden, weil die stationären Betten in einem kleinen Krankenhaus in der Stadt lokalisiert sind. Aber dort ist die Expertise, um den Zentrumsgeanken auch qualitativ umzusetzen.

Ich würde es mir ja wünschen, wenn es für wahrscheinlich eine Handvoll von Kliniken eine gewisse Ausnahmeregelung gibt. Für viele Kliniken wird der Standort gehen. Aber es gibt sicherlich fünf, sechs Kliniken, da würden wir einfach falsch handeln.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Nachfrage, Patientenvertretung.

PatV: Sie hatten – ich glaube es war Herr Abrolat – eben auch gesagt, Sie hätten so etwas wie eine Folgenabschätzung gemacht, wie viele Kliniken im Grunde genommen übrigblieben, wenn die jetzt angesetzten Kriterien angelegt würden? Können Sie da noch einmal sagen, was das in absoluten Zahlen, Prozentzahlen heißt?

Herr Prof. Dr. Lakomek (VRA): Ich denke, dass die Zahl der Zentren in Deutschland, die rheumatologische Expertise haben, zwischen 15 und 25 liegt. Aber wir haben sicherlich 80 Rheumakliniken in Deutschland. Das heißt, 15 bis 25 Kliniken könnten diese Zentren-Mindestkriterien erfüllen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Patientenvertretung, okay? – Dann habe ich die DKG.

DKG: Meine Frage ging in die gleiche Richtung, die haben Sie eben schon an die Patientenvertretung beantwortet. Das heißt also, wenn man die Mindestfallzahlen des GKV-SV zugrunde legen würde, wären es 15 bis 25 Kliniken.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Er hat 25 gesagt, nicht wahr?

DKG: 15 bis 25.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): 15 bis 25. – Ach so.

DKG: Können Sie auch etwas über die Verteilung dieser Kliniken im Bundesgebiet sagen?

Herr Prof. Dr. Lakomek (VRA): Ich denke, das wird flächendeckend sein, wenn man das über die ganzen Standorte nimmt.

DKG: Das ist jetzt bezogen auf die 15 bis 25?

Herr Prof. Dr. Lakomek (VRA): So ist es, ja. Das wird jetzt nicht nur in Nordrhein-Westfalen sein, sondern, wir wissen, dass sie über ganz Deutschland verteilt sind.

DKG: Okay. Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Gibt es weitere Fragen? PatV? – Die Patientenvertretung.

PatV: Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Haas.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Ja, bitte. Gerne.

PatV: Eigentlich habe ich zwei Fragen. Die eine Frage zielt noch einmal auf das Thema Mindestfallzahlen: Wir haben dort jetzt noch unterschiedliche Vorschläge stehen. Ich würde dazu gerne von Ihnen noch einmal hören, wenn man nur die Hauptdiagnosen einbeziehen würde, was wäre da eine Fallzahl, die aus Ihrer Sicht in diesem Feld akzeptabel und sinnvoll ist?

Herr Prof. Dr. Haas (GKJR): Ich bin sehr dankbar für die Frage. Das ist nämlich tatsächlich ein Problem. Wir schreiben absichtlich „Patienten“ in unserem Statement. Wir meinen Patienten und nicht Fälle. Wenn Sie das auf Fälle beziehen: Der durchschnittliche Kinderrheumapatient ist in Deutschland 2,14-mal pro Jahr stationär aufgenommen. Man ist dann bei über 100 stationären Fällen und bei drei Komma irgendetwas ambulante Fälle. Das heißt, man ist dann bei über 500 ambulanten Fällen, die ein Zentrum bräuchten. Wenn Sie das auf Fälle beziehen, dann sind wir in völlig anderen Größenordnungen. Da steht absichtlich „Patienten“.

Warum haben wir es auf Patienten bezogen? Bei der Vielzahl der Erkrankungen ist aus unserer Sicht eine qualitative Versorgung nur dann gewährleistet, wenn die Leute entsprechend viele Erkrankungsbilder auch kennen. Und dazu brauchen Sie Patienten und nicht nur Fälle. Sie brauchen verschiedene Patienten. Also die Zahlen, die bei uns drinstehen beziehen sich auf Individuen, nicht auf Vorstellung im Krankenhaus. Das klärt vielleicht schon die Frage der verschiedenen Zahlen. – Hoffe ich.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Patientenvertretung, Nachfrage?

PatV: Ja, ich habe noch eine Nachfrage. Das heißt, aus Ihrer Sicht 200 Patienten mit den Hauptdiagnosen ...

Herr Prof. Dr. Haas (GKJR): ..., die da in der Liste stehen. Zweihundert Patienten muss dieses Zentrum versorgen aus diesem großen Spektrum der Diagnosen.

PatV: Stationär?

Herr Prof. Dr. Haas (GKJR): Nein! Zweihundert Patienten müssen sie versorgen und 50 davon stationär. Das ist das Problem, was ich vorher angesprochen habe. Die qualitativ hochwertige Kinderrheumatologie findet heute in einer gemischten Versorgung statt, die ganz, ganz stark auch ambulant geprägt ist. Wir haben wirklich gute Kinderrheumazentren, die sehr, sehr stark ambulant geprägt sind, mit wenigen Betten auch gute stationäre Versorgung machen. Das darf man nicht außer Acht lassen. Man würde sonst bestimmte Kliniken ausschließen, die im Sinne der Patienten und einer qualitativ hochwertigen Versorgung unbedingt teilnehmen müssen. Deswegen ist diese Zahl auf Patienten bezogen zustande gekommen. Denn die Expertise bekommen Sie über die Anzahl der versorgten Individuen, nicht wie oft sie kommen. Ansonsten hätte man nämlich ein Merkmal geschaffen, was dazu verführt, um Zentrum zu werden, die Patienten möglichst oft einzubestellen. – Das kann es ja nicht sein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Noch einmal die Patientenvertretung.

PatV: Noch einmal die Nachfrage, damit ich mir sicher bin: Das heißt, Sie sagen, wenn man nur die stationären Patienten berücksichtigt, dann müsste die Fallzahl bei 50 Kindern liegen?

Herr Prof. Dr. Haas (GKJR): Kinder, genau. Das erzeugt dann ungefähr irgendetwas zwischen 100 und 200 Fälle.

PatV: Okay. Vielen Dank. Und dann habe ich noch eine Frage: Sie hatten vorgeschlagen, nicht nur einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie vorzusehen, sondern in den Qualitätskriterien zu fordern, dass es zwei sein müssen. Wie ist Ihre Einschätzung, wie viele Kliniken das wirklich auch leisten können? Ist das wirklich etwas, was überall auch gemacht wird? Und warum ist das aus Ihrer Sicht so notwendig?

Herr Prof. Dr. Haas (GKJR): Die Einschätzung, wie viele Zentren das sozusagen erfüllen würden, ist unserer Meinung nach im Augenblick zwischen 20 und 30, die das auch mit dieser Patientenzahl schaffen würden. Wir hätten also durchaus eine relativ flächendeckende Versorgung sichergestellt. Warum wir das für entscheidend halten? Selbst ein Arzt – wir haben ja eine relativ niedrige Krankheitsquote – fehlt mindestens sechs Wochen im Jahr. Und das ist in einem Zentrum nicht akzeptabel. Wenn ich sage, ich bin ein Zentrum, dann muss die Expertise an jedem Werktag verfügbar sein. Wir brauchen nicht sieben Mal 24 Stunden, aber werktäglich brauchen wir die Expertise.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Weitere Fragen? – DKG? Keine. – GKV? Keine. – Ländervertreter? Keine. – PatV? Auch keine. Dann sind wir mit der Rheumatologie auch am Ende.

Jetzt gehen wir schlank von der Rheumatologie zur Anlage 6, weil wir die Herzen schon bearbeitet haben, und kommen dann zum Schlaganfall. Dazu habe ich eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie zur Anlage 6. – Bitte schön, Herr Dr. Zimmer.

Herr Prof. Dr. Zimmer (DGNR): Auch meinerseits vielen Dank für die Einladung und vielen Dank, dass wir uns hier äußern dürfen. Die Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie unterstützen gemeinsam mit den benachbarten Fachgesellschaften Deutsche Schlaganfallgesellschaft und Deutsche Gesellschaft für Neurologie die Einrichtung von solchen neuen Schlaganfallzentren, weil sie unserer Meinung nach noch einmal deutlich die Schlaganfallversorgung in Deutschland verbessern werden.

Wir haben zwei Anmerkungen gemacht. Die eine Anmerkung ist betrifft die Terminologie. Wie Sie wissen, gibt es unterschiedliche Stufen in der Schlaganfallversorgung in Deutschland. Es gibt die Stroke Units auf der einen Seite. Es gibt die überregionalen Stroke Units auf der anderen Seite. Und es gibt seit ein paar Jahren die neurovaskulären Netzwerke. Primär hat man sich auf neurovaskuläre Zentren geeinigt. Man hat dann aber den Begriff zu Neurovaskulären Netzwerken gewechselt, weil man damit die Kooperation mit kleineren Krankenhäusern mehr in den Vordergrund stellen wollte. Wenn man jetzt den Begriff wieder Neurovaskuläres Zentrum prägt, dann macht man einen Rückschritt und das führt dann auch dazu, dass die ganze Terminologie sehr verwirrend wird. Von daher würden wir vorschlagen, dass man diesen Netzwerkgedanken dort noch irgendwie mit hineinbringt oder vielleicht eine Terminologie schafft „Neurovaskuläres Zentrum/Neurovaskuläres Netzwerk“.

Im zweiten Punkt, der uns wichtig ist, geht es um die Zertifizierung. Gerade beispielsweise für neurochirurgische Eingriffe oder auch endovaskuläre Eingriffe am Gehirn ist es sehr wichtig, dass man Zertifizierungen verlangt, einfach um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Auch unserer Meinung nach sollten diese schon etablierten Zertifizierungen in diese geplanten Zentrumsbildungen mit aufgenommen werden. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Dr. Zimmer. Ich schaue in die Runde. Gibt es dazu Fragen? Denn das war der einzige Stellungnehmer zu dieser Anlage. Oder hatte sonst noch jemand dazu Stellung genommen? Nein. – GKV hat keine Fragen. – DKG? Keine Fragen. – PatV? Keine Fragen. – Ländervertreter? Keine Fragen. – Doch, DKG bitte.

DKG: Können Sie uns sagen, wie viel zertifizierte Neurovaskuläre Netzwerke es derzeit gibt? Es ist ja doch recht neu.

Herr Prof. Dr. Zimmer (DGNR): Ja. Es gab ein zweistufiges Verfahren. Die erste Stufe ist abgeschlossen. Da hatten sich 35 solche Neurovaskulären Netzwerke beworben. In der ersten Stufe, das war eine Erprobungsphase, sind 16 bewilligt worden. Jetzt sind wir in der zweiten Phase. Ich gehe davon aus, dass sich hier um die 30 zusätzliche Neurovaskuläre Zentren bewerben werden. Derzeit sind 16 in der Erprobungsphase zertifiziert, und jetzt beginnt die zweite Phase.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ist okay? Oder Nachfrage? Okay. Ich schaue noch einmal in die Runde, weil wir müssen es bis zu den Lottozahlen morgen Abend schaffen. Will keiner mehr mitspielen? Ich merke, die Jugend ist müde. Okay. Herzlichen Dank. Damit nicht noch jemand einen Schlaganfall bekommt, machen wir weiter. – Danke.

Wir kommen jetzt vom Schlaganfall zu den Lungenzentren. Wir rufen die Deutsche Krebsgesellschaft, dann die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie auf. Ich würde mit der Deutschen Krebsgesellschaft anfangen wollen. – Frau Dr. Wesselmann.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Unsere Anmerkung in unserer Stellungnahme war, dass wir den Komplex Onkologie gesamtheitlich betrachtet haben, weil das ein wesentlicher Vorteil des Beschlussentwurfes ist. Von daher würden wir darum bitten, dass hier spezifiziert wird, dass in den Lungenzentren keine onkologischen Diagnosen berücksichtigt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Ich habe jetzt die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. – Herr Professor Dötsch.

Herr Prof. Dr. Dötsch (DGKJ): Zunächst möchte ich mich sehr dafür entschuldigen, dass kein Vertreter der Pädiatrischen Gesellschaft hier ist. Ich möchte mich auch dafür entschuldigen, dass kein Vertreter der Kinderneurologen da ist. Das hatten Sie am Anfang erwähnt.

Ich möchte in dem Zusammenhang darauf hinweisen – und das wäre dann auch jetzt mein Vorschlag zu dem letzten Redebeitrag vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin –, dass die weiteren Anlagen zu Nephrologie, Bauchzentren und auch den Transplantationszentren durch die Fachvertreter eindeutig, komplett und vollumfänglich behandelt werden können.

Aber zu den Lungenzentren würde ich gerne folgendermaßen Stellung nehmen: Es erscheint uns hier wichtig, dass wir hier auch die pädiatrische Seite wirklich in einer kindgerechten Form abbilden. Das ist insbesondere in der Pneumologie natürlich deswegen entscheidend, weil das Krankheitsspektrum sich ganz anders darstellt, als das Spektrum des erwachsenen Menschen. Das ist natürlich nicht zuletzt auch durch die immunologische Situation des heranwachsenden Organismus bestimmt.

Zum Zweiten sind es die technischen Möglichkeiten, die sich natürlich bei einem Kind – angesprochen seien nur die plethysmografischen Verfahren – ganz anders darstellen als bei einem Erwachsenen. Da bedarf es natürlich ganz anderer technischer Vorkehrungen.

Zum Dritten möchte ich natürlich auch die entwicklungsbezogenen Vorkehrungen ansprechen. Gerade das Mitmachen von Kindern bei Compliance-einfordernden Untersuchungen, sind im Kindesalter ganz anderer Natur, und daher sind ganz andere Vorhaltestrukturen in einem pädiatrischen Kontext notwendig. Aus diesem Grund ist es für mich wichtig, und das würde ich auch vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin als Vorschlag machen, dass in Analogie zu den kinderonkologischen Zentren, die kinderpneumologischen Zentren als eigene Entität zu sehen sind und damit beschrieben wird, was die Besonderheiten für die Behandlung von kinderpneumologischen Patienten sind.

Ich würde das gleichzeitig auch gerne nutzen, um den Vorschlag hier auch noch einmal zu bekräftigen, dass wir uns das auch bei anderen Zentren, die in Zukunft vielleicht dazukommen, wünschen würden, von vornherein in der Systematik zu denken, wie es vorbildlich bei den kinderonkologischen Zentren geschehen ist. Aus dem Bereich heraus würde sich vielleicht an der einen oder anderen Stelle die eine oder andere Schnittstellenproblematik, wie wir sie insbesondere bei den Herzzentren auch gesehen haben, von vornherein vermeiden lassen, in dem wir gleich in einer dualen Struktur denken und nicht erst in der integrierenden Struktur, die sicherlich in Querschnittsfächern wie bei den Transplantationszentren sinnvoll ist. Das ist eine klassische Querschnittssituation. Die meisten anderen sind in der dualen Struktur leichter und nachhaltiger zu gestalten. – Vielen Dank für die Möglichkeit, das hier noch einmal zu bekräftigen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Dötsch, für die DGKJ. Wir stellen fest: Die GPP ist immer noch nicht anwesend. Hat sonst noch jemand zu den Lungenzentren was gesagt. Wenn haben wir da hinten noch? – Ja, kommen Sie bitte nach vorn.

Herr Prof. Dr. Grohé (DGP): Ich wollte vielleicht noch einmal in dem Zusammenhang auf die prozess-immanente Problematik hinweisen, der wir jetzt gegenüberstehen: Lungenkrebszentrum versus Lungenzentrum. Einerseits unterstützen wir gerne den Antrag von Frau Wesselmann, dass wir für die Entwicklung von onkologischen Zentrum mit Lungenkrebszentren gerne eine Möglichkeit der Mehrständigkeit hätten. Umgekehrt wollen wir gerne in den Lungenzentren Lungenkrebspatienten behandeln, wie wir das seit vielen Jahren mit hoher Zertifikatsexpertise tun. Also das muss dann irgendwie auch aufgelöst werden. Unser Wunsch ist, Teil eines onkologischen Zentrums zu sein und gleichzeitig an unserem Standort natürlich auch die anderen Experten für Weaningzentren, thoraxchirurgische Kompetenz vorzuhalten.

Dazu muss man vielleicht auch noch einmal anmerken, dass fast die gesamte Kompetenz an thoraxchirurgischer, onkologischer Leistung an Lungenzentren stattfindet, die zusammen meist an einem Standort sind, der nicht direkt immer standortintern mit onkologischen Kompetenzzentren gelöst werden kann, mit denen wir eng zusammenarbeiten oder bereits Bestandteil sind. Also, da bitte ich noch einmal, das irgendwie aufzulösen und dass diese Kilometerfrage irgendwo intellektuell angegangen wird. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Professor Grohé. Gibt es Fragen? Wer möchte zur Lunge? – Bitte schön, die DKG.

DKG: Die Frage richtet sich an die DKG. Und zwar erschließt sich das jetzt nicht so richtig, weshalb das zertifizierte Lungenkrebszentren nicht ein Ausschluss für ein Lungenzentrum sein soll. Das erschließt sich mir weder von der Versorgungsstruktur her noch von der Logik, noch von irgendeinem Qualitätsgedanken. Sie hatten ja vorhin bei der Diskussion zu den onkologischen Zentren gesagt, Ihnen kommt es auf die Zertifizierungskriterien und den entsprechenden Zuschnitt des Zertifikats an, nicht auf die Lokalisierung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Bitte schön.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): In unserer Stellungnahme haben wir ja deutlich gemacht, hoffe ich, dass das Abweichen von den 2 000 Metern aus Sicht der Krebsgesellschaft und der beteiligten Fachgesellschaften ausschließlich für die Lunge zur Anwendung kommen sollte. Denn nur für diese Tumorartität haben wir diese Besonderheit.

Bezüglich Ihrer Frage, die ich folgendermaßen verstanden habe: Warum kann Lungenkrebs nicht in Lungenzentren behandelt werden? Deswegen, weil onkologische Erkrankungen absolut obligat, interdisziplinär und interprofessionell behandelt werden müssen. Sie würden damit eine Doppelstruktur an Radioonkologie, Pathologie und anderen Fachdisziplinen einfordern, die in Lungenzentren, also bei den benignen Diagnosen, so nicht notwendig wären, die aber für die Behandlung aller weiteren Tumorartitäten wie Brustkrebs, Darmkrebs, Kopf-Hals-Tumore notwendig sind.

Deswegen ist es sinnvoll, den Lungenkrebs eben nicht zu den Lungenzentren hinzuzuziehen, sondern zu den Einheiten, wo wir die interdisziplinäre Kompetenz für die Onkologie bereits abgebildet haben. Sonst schaffen wir ökonomisch nicht sinnvolle Doppelstrukturen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Eine Nachfrage von der DKG.

DKG: Wenn ich Ihrem Vorredner auch richtig verstanden habe, geht es ja eben um diese gewachsenen Strukturen. Das heißt, wir reden über die gleichen zertifizierten Lungenkrebszentren, die jetzt schon auch tätig und Bestandteil eines onkologischen Zentrums sind. Das erschließt sich mir noch nicht,

wieso die nicht auch Bestandteil eines Lungenzentrums sein können. Das ist sicherlich eine Schnittmenge, aber die Doppelvorhaltung ist da nicht gegeben.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Das wäre sie schon. In einem Lungenzentrum haben Sie vorzugsweise, wie Herr Professor Grohé auch ausgeführt hat, Weaningpatienten, COPD-Patienten, die brauchen weder eine Radioonkologie noch eine Pathologie, die eine spezifische Expertise für die Diagnostik onkologischer Erkrankungen hat. Das brauchen Sie aber sehr wohl für den Lungenkrebs. Das heißt, den Lungenkrebs von den anderen onkologischen Erkrankungen wegzunehmen, wäre keine gute Idee. Denn Lungenkrebs muss interdisziplinär behandelt werden. Viele Fachdisziplinen sind Querschnittsfachdisziplinen. Das heißt, haben die Kompetenz für die Onkologie: Also Radioonkologie, Radiologie, Pathologie, Psychoonkologie, Sozialarbeit. Also, es gibt viele Fachdisziplinen, die wirklich transversal tätig sind. In einem Lungenzentrum eine solche Kompetenz aufzubauen, wäre komplett unnötig.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Professor Grohé ergänzend.

Herr Prof. Dr. Grohé (DGP): Das spiegelt jetzt relativ gut wieder, wo wir stehen. Und ich muss sagen, ich kann einerseits Frau Wesselmann da auch vollkommen unterstützen. Das ist auch für sie gelebte Realität. Die kompetenten Lungenkrebszentren suchen die Dachstruktur eines onkologischen Zentrums. Aber meistens ist das zweistandortig. Es ist beispielsweise auch an meinem Zentrum so. Wir würden ja jegliche Form von Anspruch aufgrund dieses Killerarguments, es ist mehr als 2 000 Meter, verlieren. Aber wir leben seit zehn Jahren interdisziplinäre Onkologie, und die würden wir gerne fortführen.

Wir bieten eine große Breite humangenetischer Diagnostik allen unseren Patienten an. Das heißt, wir haben einen hohen Auftrag auch an die Spezialexperten, bei den Seltenen Erkrankungen in der Onkologie. Das schaffen wir nur interdisziplinär, aber weg von dieser Standortdiskussion.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Noch einmal die DKG, bitte.

DKG: Sicherlich ist das jetzt ein kleines Missverständnis. Das unterstützen wir unsererseits natürlich auch. Wir hatten uns vorhin auch verständigt. Die DKG hat ja genau für die Lungenkrebszentren den Standortbegriff auch aufgelöst oder beantragt dies in ihrer Stellungnahme. Nur, was sich mir jetzt nach wie vor noch nicht erschließt: Wir reden über die gleichen Strukturen, über die gleichen zertifizierten Lungenkrebszentren, die gegebenenfalls auch aufgrund der Strukturen Teil eines Lungenzentrums sein können. Sie können Teil eines onkologischen Zentrums sein – das ist das, was Sie besprechen. Und ich gebe Ihnen in Ihrer Argumentation komplett recht. Aber wie soll das sein – also rein medizinisch müssten Sie mir da vielleicht ein bisschen auf die Sprünge helfen –, dass wir Lungenzentren definieren, die nicht-onkologische Diagnosen behandeln, also, dass das ausgenommen wird? Das ist ja schon kodiert technisch kaum möglich.

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Das ist kodiert technisch sehr gut möglich, weil das Bronchialkarzinom wird mit der C34 kodiert. Wir haben für fast alle Erkrankungen, die hier thematisiert worden sind, Überschneidungen der Fachdisziplinen für den onkologischen und nicht-onkologischen Bereich, außer den Hämatonkologen und den Strahlentherapeuten – Entschuldigung, den pädiatrischen Hämatonkologen natürlich auch –, gibt es kaum Fachdisziplinen, die ausschließlich nur onkologische Patienten, also C-Diagnosen sehen. Also das, was Sie adressieren, ist in der Realität überhaupt keine Schwierigkeit. Im Gegenteil, die Onkologie sollte gestärkt werden. Das ist der große Benefit dieses Beschlussentwurfs und sollte nicht durch für Patienten intransparente Zertifikate oder Vorgaben verwässert werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Ergänzend, Herr Grohé.

Herr Prof. Dr. Grohé (DGP): Das ist sicherlich die onkologische Expertise. Wir sind hier jetzt aber in der Sparte Lungenzentrum angekommen. Hier muss man sagen, Frau Wesselmann, ist es natürlich für alle so, viele Differentialdiagnosen, die nicht onkologisch sind, bei Patienten, die sich präsentieren, werden in einem spezialisierten Lungenzentrum gesehen. – Abszess versus Tumor, unklare Raumforderung, dann doch eine entzündliche Erkrankung. – Hier gehört natürlich auch die Expertise des Pneumologen hin. Da muss man ganz klar sagen: Die pneumologische Kernexpertise ist häufig in onkologische Zentren, die universitäre Strukturen abbilden, nicht so gegeben, weil die Pneumologie nicht den akademischen breiten Rücken hat, wie andere internistische Fächer. Da sehen wir schon die interdisziplinäre Notwendigkeit, dass das Lungenzentrum mit eingebunden ist. Deswegen favorisieren wir ja auch so eine Lösung, wie wir sie hier diskutieren, dass es interdisziplinär und gegebenenfalls auch unabhängig vom Standort möglich ist, Differentialdiagnosen pneumologisch, thoraxchirurgisch auch anzugehen, die vielleicht dann zu einer Diagnose Krebs führen, aber diesen auch gut ausschließen können. Und dazu gehört auch eine Kernexpertise in einem Lungenzentrum.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Noch einmal die DKG.

DKG: Hoffentlich eine abschließende Frage: Wir sind ja jetzt hier nicht in der Beschlussfassung. Sie haben eine Stellungnahme abgegeben, haben das sozusagen vorgeschlagen. Was passiert jetzt mit den Strukturen, die Herr Professor Bauer heute Vormittag beschrieben hat – zertifizierte Lungenkrebszentren –, wenn dem Vorschlag nicht gefolgt würde, von der Standortdefinition abzuweichen? Und bleiben Sie dann immer noch dabei, dass Sie sagen: Diese zertifizierten Lungenkrebszentren, die organisatorisch und strukturell Bestandteil eines Organkrebszentrums sind, aber die Standortdefinition nicht erfüllen, werden im Rahmen dieser Zentrumsfestlegung in keiner Weise mehr berücksichtigt?

Frau Dr. Wesselmann (DKG): Aus Sicht der DKG ist Onkologie gesamtheitlich, betrifft alle Diagnosen. Das heißt, in dem Geltungsbereich des onkologischen Zentrums würden wir transparent für die Bevölkerung und die Patienten natürlich ein zertifiziertes Lungenkrebszentrum oder die Kompetenz dafür ausweisen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Grohé.

Herr Prof. Dr. Grohé (DGP): Diese Lösungsalternative, die auch Herr Bauer vorgeschlagen hatte, die Sie auch aufgeworfen haben, von der Berliner Krankenhausgesellschaft: Thoraxchirurgisches Zentrum, Weaningzentrum plus Lungenkrebszentrum als sogenannte zweite Lösung, trifft lange nicht für alle zu. Nicht alle Lungenkrebszentren, die Zertifizierungskriterien haben, haben ein Weaningzentrum, um beispielsweise DRG-relevant kodieren zu können. Oder nicht alle sind ein thoraxchirurgisches Zentrum. Es gibt nicht immer die identische Schnittmenge. Für einen Großteil – wir haben das ausgelesen und haben auch die Mitglieder befragt – wäre das gegebenenfalls sogar wirklich standortbetont, wenn das Lungenkrebszentrum nicht Teil eines onkologischen Zentrums sein könnte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Der GKV-SV.

GKV-SV: Wir möchten ganz gerne noch einmal darauf hinweisen, dass diese Standortdefinition, die ja gemeinsam von DKG und GKV-Spitzenverband auch vereinbart wurde, sich hier natürlich immer nur auf die Anforderungen bezieht, die hier explizit geltend gemacht werden. Das heißt, wenn wir fordern, dass drei aus sieben Organkrebszentren vorhanden sein müssen, dann müssen natürlich auch nur drei

am Standort vereint sein. Da möchten wir jetzt überhaupt nicht die Lungenmedizin oder ein Lungenzentrum dort irgendwie ausschließen. Sondern, wir würden das natürlich immer als Gesamtheitliches verstehen, dass, wenn sie Teil dieses Zentrums sind, dort integriert sind. Also, es müssen nur drei Disziplinen am Standort sein. Und wenn das eben in einzelnen Fällen mal nicht durch die Lunge abgedeckt ist, dann ist das aber nach unseren Erkenntnissen auch durch drei andere Tumorentitäten der Fall. Also von daher hoffen wir, dass wir das dann trotzdem entsprechend abbilden können. Von daher würden wir auch Ihren Vorschlag mit unterstützen, dass wir im Bereich der Lungenzentren mehr die anderen Diagnosen sehen, die im Bereich der Lungenmedizin auch noch wichtig sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das war keine Frage, sondern es war eine Kommentierung oder eine Anmerkung. Wobei die Grenze ist immer fließend zwischen Suggestivfragen und Anmerkungen. Da bin ich immer relativ großzügig. Wir nehmen das zu Protokoll.

Dann schaue ich mal in die Runde. Gibt es weitere Fragen? – DKG, Frage oder auch Kommentierung?

DKG: Natürlich nur eine Frage. Ich möchte noch einen anderen Aspekt kurz ansprechen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wobei, Sie dürfen auch irgendetwas sagen – einfach so.

DKG: Ja, ich weiß.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dann haben wir die Waffengleichheit wiederhergestellt.

DKG: Ich glaube, die Standortfrage, dass es hier eine strikte Zwei-Kilometer-Grenze gibt, die hier teilweise sehr problematisch ist, ist deutlich geworden.

Die Zentren werden ja erst Ende 2020 durch den G-BA geregelt. Wir haben ein paar unterschiedliche Vorschläge für die Übergangsphase. Da spielt einerseits der Krankenhausplan eine Rolle. Es sind Ausweisungen durch die Länder auf der einen Seite. Wir orientieren uns da eher nicht an den Plänen, sondern an den Zuweisungen der Länder und haben auch eine etwas längere Frist. Haben Sie zu der Übergangsregelung eine spezielle Position, oder ist das noch nicht thematisiert?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Herr Grohé.

Herr Prof. Dr. Grohé (DGP): Ich finde die Übergangsregelung ist notwendig. Wir stellen ja fest, dass es einen hohen Klärungsbedarf gibt. Wir würden uns nur wünschen, dass wir alle gezielt im Dialog bleiben. Ich glaube, auch die Definierung von bestimmten Inhalten ist noch nicht abschließend für alle ganz klar. Ich sehe das auch an den Interessenvertretern der Selbsthilfegruppen und der Patientenbetroffenen. Damit wir uns besser vorbereiten können, müssen wir schon ein bisschen besser definieren wie am Beispiel Lungenzentrum: Was sind die Inhalte, die wir dann abbilden wollen, gerade für die Seltenen Erkrankungen oder auch für spezialisierte Medizin, die wir interdisziplinär ambulant wie stationär versorgen sollen? Ich glaube, das ist eine ganz wichtige Frage, sonst sind wir konfrontiert mit einer Situation 2020 oder Ende 2020, wo wir dem Versorgungsauftrag von spezialisierten Zentren gar nicht gerecht werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. Dann frage ich jetzt einmal ganz despektierlich: Wir sind jetzt in der Mitte oder fast am Ende des Jahres 2019. Wie lange brauchen wir denn für diesen Klärungsprozess, für diesen Selbstfindungsprozess über 2020 hinaus? Brauchen wir ein Jahr, zwei Jahre, drei Jahre, zehn Jahre? Denn Sie wissen ja, es gibt da unterschiedliche Fristen, die genannt sind. Manche sagen zwei, manche sagen drei, andere träumen von fünf. Ich denke mir, wenn ich jetzt ab Ende 2020

ein Jahr draufrechne, müssten wir eigentlich auf der sicheren Seite sein, oder? – Einfach so als Hypothese.

Herr Prof. Dr. Grohé (DGP): Sie haben ja schon unseren Gesundheitsminister erwähnt, dass der Sorge trägt, dass wir nicht schnell genug sind. Das Zeitfenster, was Sie genannt haben, ist das richtige. Aber wir müssen schon, glaube ich, einfach klar definieren, welche Zeitschienen wir jetzt haben, und was wir für Aufgaben zu lösen haben. Ich glaube, das ist heute eine extrem wichtige Sitzung. Aber man muss danach irgendwo auch seine Hausaufgaben bekommen, die man dann irgendwie löst.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das heißt, um das mal zu konkretisieren: Sie sagen, man braucht nicht unbedingt zwei Jahre; man braucht nicht unbedingt drei Jahre; man braucht ein paar Monate – wie immer man das definiert. Einfach, damit es für mich klar wird. Am Ende wird das einer der springenden Punkte sein, ob man irgendwie zusammenkommt, wie man mit den alten Zentren umgeht, die möglicherweise in Zukunft nicht mehr in diesen Beschlüssen aufgehen, weil sie in Bereichen liegen, die überhaupt nicht unter die Zentrumsplanung fallen und wie weit man möglicherweise in Übergangsfristen, wie auch immer, das anerkennt. Der GKV-SV hat im Beschlussvorschlag gesagt: Ab Beschluss und Inkrafttreten des Beschlusses ist Ende. Dann sind die Voraussetzungen zu erfüllen. DKG spricht von zwei Jahren, Länder sprechen von drei Jahren, wenn ich das richtig im Kopf habe. In diesem Spannungsfeld bewegen wir uns. Deshalb ist das aus meiner Sicht ein relativer wichtiger Punkt. – DKG, ergänzend.

DKG: Ja, das betrifft die allgemeine Übergangsregelung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, klar. Natürlich. Deshalb spreche ich es jetzt hier an, weil das ist eigentlich das, was uns nächsten Freitag, also am Allerheiligentag, wenn wir uns hier wiedersehen, wahrscheinlich beschäftigen wird. Das ist für mich die wichtige Frage.

DKG: Genau. Aber meine Frage adressiert jetzt spezifisch auf diese Zentren

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Die Lungenzentren. Na, klar.

DKG: Da geht es im Endeffekt um ein Jahr. Also das heißt ja: Die G-BA-Regelung gilt ab 1. Januar 2020. Und die Budgetvereinbarungen werden Ende 2020 für 2021 geführt. Das heißt, es entsteht ein Vakuum, eine Lücke. Wir schlagen vor, dass in 2020 wir die Gelder zuweisen können: Bei den Kassen endet die Frist am 1. Januar 2019. Das heißt, das ist ein Moratorium, da würde es gar nicht mehr möglich sein, für die Länder eine Zuweisung zu tätigen. Das war die spezifische Frage. Es geht nicht um drei, vier Jahre, sondern um dieses eine Vakuumjahr 2020, wodurch, je nach unterschiedlichen Beschlussentwürfen, es entweder dazu führen wird, dass man keine Möglichkeit hat, ein Zentrum zu vereinbaren oder eben auf eine Hilfsregelung hinausläuft, die wir dann vorschlagen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wobei dort natürlich auch die allgemeine Übergangsfrist gleichwohl reinschlägt, für diejenigen, die möglicherweise die Voraussetzung auch in einem Jahr oder in zwei Jahren nicht erfüllen. Sie hätten über die allgemeine Regelung dann noch ein Jahr oder zwei Jahre, oder drei Jahre gegebenenfalls Bestandschutz.

Okay. Sie merken, wir tauschen auch so kleine Freundlichkeiten hier aus. Da können Sie sich vorstellen, wie das ist, wenn wir keine Gäste haben. Es ist nicht immer schön. Aber trotzdem, wir bekommen es irgendwie hin.

Dann frage ich nochmal: Gibt es weitere Fragen von der Patientenvertretung zu Lunge? Länder auch nicht; Bänke auch nicht. – Dann herzlichen Dank.

Wir kommen jetzt von der Lunge zu sonstige ausgewiesene Zentren Qualitätsanforderungen. Da haben wir die Deutsche Gesellschaft für Angiologie, die hier Stellung genommen hatte. – Herr Dr. Thieme, jawohl.

Herr Dr. Thieme (DGA): Ganz herzlichen Dank für die Möglichkeit, Stellung zu nehmen. Ich spreche für die Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin.

Erst einmal ist es so, dass wir diese Maßnahmen zur Definition und Ausweisung von Zentren natürlich sehr begrüßen. Was wir weniger begrüßen ist, dass die Gefäßpatienten oder Patienten mit Gefäßerkrankungen sich in diesem Entwurf nicht wiederfinden, übrigens auch nicht in dem Beschluss zur Änderung der ambulanten Versorgung, was die Quotierung der Internisten betrifft. Das ist insofern schade, weil diese Erkrankung, wenn ich es jetzt einmal auf die arteriellen Gefäßerkrankungen beziehe, doch eine sehr hohe Prävalenz hat. Also bis zu 20 Prozent der um die 70-jährigen Patienten haben eine arterielle Verschlusskrankung.

Außerdem kommt auch dazu, dass wir in diesen Zertifizierungsprozessen eigentlich sehr weit sind. Es gibt seit beinahe 20 Jahren Bildung von Gefäßzentren. Wir haben seit 2007 einen Zertifizierungsprozess nicht nur von der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, sondern gemeinsam mit den anderen Fachgesellschaften, also mit den Gefäßchirurgen und den Radiologen zusammen. Da haben wir sehr viele Kriterien definiert, die für so eine Zentrumsbildung durchaus sinnvoll sind. Viele von den Qualitätsanforderungen, die Sie hier definieren, beispielsweise überörtliche Aufgabenwahrnehmungen oder auch besondere Vorhaltungen, oder eben auch die personellen Ansprüche, spiegeln sich in Gefäßzentren besonders wieder, insofern, dass sie immer verschiedene Fachabteilungen brauchen, die hier zusammenarbeiten. Das sind die Angiologen auf der einen Seite, die Gefäßchirurgen, die Radiologen auf der anderen Seite.

Es ist eigentlich Gang und Gäbe in vielen Gefäßzentren in Deutschland, dass sie da eine sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit haben und auch eine intersektorale Vernetzung. Das heißt, was Sie gerade für die anderen Disziplinen angesprochen haben, gilt für die Gefäßzentren ganz besonders. Es gibt etablierte Fallkonferenzen, die wöchentlich stattfinden; es gibt Qualitätszirkel; es gibt für die niedergelassenen Kollegen die Möglichkeit, sich da einzubringen.

Alle diese Maßnahmen sind natürlich in dem normalen DRG-System nur bedingt abgebildet. Es kommt auch dazu, dass wir immer mehr Patienten haben, die spezielle Gefäßerkrankungen haben bzw. auch akute Ischämien, chronisch kritische Ischämien, die auch nach Leitlinien in spezialisierten Gefäßzentren behandelt werden sollen, wo diese Aufwendungen in dem momentanen System aus unserer Sicht nicht abgebildet sind.

Ich darf auch gerne auf die Zertifizierungskriterien, die die drei Fachgesellschaften zusammen entworfen haben, verweisen. Wir würden darum bitten, dass die Gefäßzentren, zumindest in den Folgejahren, Aufnahme beim G-BA finden.

Vielleicht lassen Sie mich noch eine ganz kurze Anmerkung zum Thema Rheumazentren machen, auch wenn das jetzt schon abgeschlossen ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Lassen Sie sich nicht unter Druck setzen. Machen Sie ruhig weiter.

Herr Dr. Thieme (DGA): Dort gibt es einen ganzen Katalog von Erkrankungen, die dort behandelt werden. Ein großes Feld sind entzündlichen Gefäßerkrankungen, also Vaskulitiden. Was jetzt ein bisschen

befremdlich ist, dass man verschiedene Kooperationen mit allen möglichen Fachgebieten haben muss, dass aber ein Angiologe beispielsweise nicht gebraucht wird, obwohl das eigentlich Teil unserer Weiterbildungsordnung ist. Also die entzündlichen Gefäßerkrankungen sind ein großer Teil, auch die Diagnostik solcher Gefäßerkrankungen. Deshalb wäre es wünschenswert für die Rheumazentren, dort auch einen Angiologen mit einzubinden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, insbesondere auch noch für den letzten Hinweis zur Rheumatologie. Das werden wir uns noch einmal anschauen.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, add-on? Erledigt. Sonst noch jemand, der sich dazu geäußert hat. – Ja, bitte schön, Herr Professor Melter.

Herr Prof. Dr. Melter (GPGE): Wir haben uns über die DGKJ gemeldet, deswegen ist das vielleicht hier an der Stelle missverstanden worden. Es geht darum, dass ich hier nicht in persönlicher Depression sitzen, aber auch wir sind vergessen worden. Wobei das nicht wichtig ist, dass wir das sind, sondern es im Wesentlichen um die Kinder und Jugendlichen an der Stelle geht.

Wir sind der Meinung, dass es etwas wie das Bauchzentrum für Kinder und Jugendliche geben muss. Denn es gibt eigentlich gar keinen Grund, dass diese hervorragende Richtlinie des G-BA, um das auch an den Minister weiterzutragen, für die Kinderonkologie – –

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): – Oh, das gibt einen langen Brief.

Herr Prof. Dr. Melter (GPGE): Dieses gilt natürlich auch für viele andere komplexe Erkrankungen. Auch für die Kindergastroenterologie ist es ein immenser Vorteil. Es ist eigentlich auch die einzige Möglichkeit, dies in einer Interdisziplinarität abzubilden. Deswegen sehen wir uns auch als Bauchzentren für Kinder und Jugendliche als interdisziplinäre Abbildung konservativer und chirurgischer Behandlungen. Das heißt, auch die Kinderchirurgen sind hier unmittelbar miteinbegriffen; hier ist pränatale Diagnostik mitgegeben.

Es gibt eine Reihe von sowohl genetisch determinierten als auch nicht-genetisch determinierten Erkrankungen, die bereits zur Geburt oder davor bestehen und einer unmittelbaren hochspezialisierten Behandlung bedürfen, die nur an wenigen Zentren in dieser Form interdisziplinär abgebildet werden können. Das ist die klassische Konstellation, was ein Zentrum bedeutet. Es gibt hier keinerlei Flächenversorgung, weil diese Spezialisierung durch Kinder- und Jugendärzte nicht in der Fläche abgebildet werden kann, und Kinder- und Jugendgastroenterologen tun dieses in der Fläche ambulant nicht.

Das heißt, wie das auch schon von Professor Dötsch und anderen angedeutet worden ist, wird die Versorgung von uns vollständig wahrgenommen, auch die ambulante Versorgung. Diese Kinder werden im Zentrum regelhaft im Schnitt viermal pro Jahr und davon dreimal mindestens ambulant gesehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Melter. Dann schaue ich in die Runde. Gibt es Fragen? – DKG, GKV, KBV, Länder, PatV?

Frau Dr. Nothacker (AWMF): Ich habe verstanden, dass Sie Zentren, die Sie noch nicht berücksichtigt haben, stufenweise in diese Richtlinie einarbeiten, einarbeiten müssen. Gibt es dann noch einmal Gelegenheit zur Stellungnahme?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ob es noch einmal Gelegenheit zur Stellungnahme gibt, ist etwas Anderes. Es kommt darauf an, ob wir im Zuge dieser Anhörung Veränderungen vornehmen, die so wesentlich sind, dass sie den Charakter der Richtlinie insgesamt gegenüber dem verändern, was im

Stellungnahmeverfahren war. Wenn wir jetzt, weil das schon von der KBV adressiert worden ist, Verzahnungen zum ambulanten Bereich hereinnehmen würden, Veränderungen, die schon irgendwie angedeutet worden sind, in den verschiedenen Beschlusstexten einarbeiten, dann wird es kein erneutes Stellungnahmeverfahren mehr geben.

Wenn wir jetzt natürlich sagen: Remedur, zurück auf null, wir schließen jetzt jeden Hausarzt in die Versorgung ein, oder wir ändern ganz elementare Anforderungen, dann müsste man es tun. Wobei das aus meiner Sicht auch nur dann erforderlich ist, wenn ich die Anforderungen nach oben ziehen würde.

Wenn ich die Anforderungen nach unten ziehen würde, kann ich niemandes Rechtsposition originär beeinträchtigen, jedenfalls nicht elementar. Wenn ich jetzt an bestimmten Schraubchen drehen würde und sage: Ich gehe jetzt bei einer Mindestmenge um 50 oder 10 nach unten, dann würde das wahrscheinlich keine neue Stellungnahme-Notwendigkeit auslösen. Wenn ich aber sage: Es hat zwar keiner gesagt, oder irgendeiner hat es gesagt, und ich verdoppele die Mindestmenge, dann wäre das etwas von Relevanz. Also insofern schauen wir, wie die Auswertung läuft.

– Patientenvertretung noch einmal.

PatV: Vielen Dank. Ich glaube, Sie haben das etwas missverstanden. Ich hätte das so verstanden, dass alles das, was in den Anlagen 6 bis 10 kommt, bisher noch nicht hinsichtlich der besonderen Aufgaben usw. diskutiert worden ist, da brauchen wir wieder eine Anhörung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, klar, bezogen auf diese Anlagen – logisch. Das bezog sich jetzt auf die konkretisierten Anlagen und die Frage wie geht man da mit dem Paragraphen 116b und so etwas um. – Das ist ganz klar. Okay.

Dann sind wir bei den nephrologischen Zentren, das ist die Anlage 8. Da haben wir die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie. Herr Professor Alscher ist nicht hier. Das ist gut, also gut ist das nicht, aber wir haben eine schriftliche Stellungnahme.

Dann haben wir die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. – Herr Professor Hoyer.

Herr Prof. Dr. Hoyer (GPN): Ich bin der Vorsitzende der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie. Ich bedanke mich einfach für die Gelegenheit, hier kurz Stellung beziehen zu können. Ich würde im Grunde genommen, das, was Professor Melter einleitend gesagt hat, mit Copy-and-paste hier wiederholen können. Im positiven Sinne hat vieles Herr Professor Dötsch zu Kinder- und Jugendmedizin schon erläutert.

Wir haben aber dann festgestellt, dass bei den nephrologischen Zentren bisher nichts aufgeführt war und dass die Pädiatrische Nephrologie bisher in keinsten Weise berücksichtigt war. Diese Notwendigkeit sehen wir aber, und das ist auch mit der Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin abgestimmt.

Inhaltlich können wir sagen: Wir bieten eigentlich alle Voraussetzungen für ein Zentrum. Denn nephrologische Zentren für Kinder und Jugendliche sind interdisziplinär aufgestellt. Sie arbeiten vollumfänglich, das müssen sie auch, mit den Fächern Kinderurologie, Kinderchirurgie, Transplantationschirurgie, Pädiatrische Intensivmedizin sowie allen pädiatrischen Subdisziplinen zusammen.

Eine Dialyse-Einrichtung für Kinder- und Jugendliche am Zentrum dient der akuten und chronischen Behandlung von Nierenversagen. Aber auch bei Entgiftungen, Stoffwechselentgleisung, Plasmapherese, Immunabsorption sowie spezielle immunologische Erkrankungen sind wir eigentlich präsent. Das heißt aber, dass wir hier nicht nur intern unter dem Dach der Kinder- und Jugendmedizin präsent sind, sondern, dass wir auch regional und überregional einen sehr starken Versorgungsauftrag wahrnehmen, den wir eigentlich nur durch eine sehr starke Vernetzung wahrnehmen können.

Ich will jetzt zur Fachlichkeit nichts Weiteres sagen. Aber ein Wort auch zur ambulanten und stationären Verzahnung: Hier besteht eine ganz intensive Verzahnung. Ich will nur das Beispiel nennen, dass wir viele Patienten haben, die eine stationäre Dialyse eingeleitet bekommen und hinterher ambulant dialysiert werden. Aber chronische Niereninsuffiziente werden natürlich nicht stationär behandelt – häufig stationär, aber überwiegend eben auch ambulant. Ich glaube, das ist nur ein Argument. Mehr will ich dazu nicht sagen.

Es gibt aber ansonsten ähnlich wie in der Gastroenterologie keine Versorgung im niedergelassenen Bereich, sodass wir eigentlich bidirektional mit den Niedergelassenen zusammenarbeiten, weil wir federführend sind.

Wir sind überzeugt, dass Patienten in Registern wegen der lebenslangen Folgen verfolgt werden. Und das tun wir auch. Wir erarbeiten Leitlinien im Zusammenhang mit der AWMF. Wir brauchen das Netzwerk für die Rekrutierung von Patienten von Studien.

Anders vielleicht als bei den Herzzentren, sind wir nicht in Organzentren organisiert, sondern immer unter dem Dach der Kinder- und Jugendmedizin aufgrund der vorgehaltenen vielen Disziplinen. Die Komplexität der Erkrankungen, die Systemauswirkungen, aber auch die Grunderkrankungen, die zu einem ganz hohen Anteil genetische Ursachen haben, machen die Unterschiede zur Erwachsenenephrologie. Hier besteht eigentlich auch gar kein Problem mit der Erwachsenenephrologie, weil wir lange gut zusammenarbeiten und dieser Punkt nicht streitig ist, dass die Krankheiten und die Versorgung bei den Kindern und Jugendlichen eine andere.

Wir haben es vielfach auch mit primären und sekundären Komorbiditäten zu tun, auch mit syndromalen Erkrankungen, die aus unserer Sicht die Zentrumsbildung notwendig macht, zumal wir eigentlich auch erheblich finanziell unterversorgt sind. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Hoyer. Gibt es Fragen? Herr Hoyer sitzt da. – Patientenvertretung? Okay. – DKG? Okay. – GKV? – Länder? – KBV? Alles okay. – Danke. Somit sind wir mit den Nephrologischen Zentren durch.

Dann kommen wir zu den TX-Zentren. Darauf hatten wir eben schon einmal im Zusammenhang mit der Befragung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie ein bisschen reflektiert. Ich habe jetzt wieder die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie. – Wen haben wir da? Keinen. – Dann haben wir die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

[Herr Prof. Dr. Melter (GPGE): Ist die GPGE extra aufgeführt? Oder ist das als DGKJ?]

Ich meine, es wäre als DGKJ aufgeführt. Sie stehen jedenfalls bei mir in der Liste. Aber kommen Sie nach vorn. Wir freuen uns über jeden, der jetzt noch teilnimmt und uns bereichert. Es war gut bisher, also ich fand das spannend. Es sind ein paar ganz wichtige Sachen gekommen. – Bitte schön.

Herr Prof. Dr. Melter (GPGE): Also auch da ist es so, dass wir uns an der hervorragenden Richtlinie des G-BA orientiert haben. 2007 haben wir von der Kindergastroenterologie schon ein Papier entwickelt und im Deutschen Ärzteblatt publiziert, was sich sehr daran orientiert, weil die Bedürfnisse sich letztendlich sehr ähnlich darstellen.

Ich glaube jedem, der hier ist, ist klar, dass wir beispielsweise in der Kindergastroenterologie etwa 100 Lebertransplantationen im Jahr in Deutschland durchführen. Davon ist die Hälfte bei Kindern mit einer Gallengangsatresie. In meiner fast 35-jährigen Erfahrung kenne ich kein einziges Kind dieses Alters, was eine Alkoholerkrankung als Ursache für die Transplantation hat. Wir haben nur wenige Patienten mit Virus-Hepatitis. Das soll darstellen, dass die Erkrankungen völlig andere sind, dass wir 50 Prozent

unserer Kinder im Alter unter zwei Jahren transplantieren, die ganz andere Voraussetzungen haben als in Zentren, wo Erwachsene transplantiert werden.

In einem Zentrum, was die Voraussetzung hat, ein Zentrum zu sein, nämlich eine chirurgische und internistische Ausbildung mit den entsprechenden Krankheitsbildern, werden die Kinder in keiner Weise ausgebildet. Deswegen fordern wir ganz nachdrücklich, dass hierfür Extra-Strukturen und Extra-Vorhaltungen eingeführt müssen, die sich nicht daran orientieren, ein allgemeines Transplantationszentrum zu sein.

Das kann ich auch für die anderen Organe mit abbilden. Das heißt, das gilt genauso natürlich auch für die Herztransplantation oder auch, wie Professor Hoyer eben dargestellt hat, für die Nierentransplantation. Das sind völlig andere Abläufe. Diese Zentren müssen in einem Transplantationszentrum angebunden, in einem Zentrum für Kinder und Jugendliche adaptiert ausgebildet werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Melter. – Also, dass ein Zweijähriger noch keine Alkoholproblematik hat, das erschließt sich mir. Aber das ist für mich wirklich neu, was Sie jetzt gesagt haben, dass man so viele in dem Alter hat.

Herr Prof. Dr. Melter (GPGE): Das ist im Schnitt und das sehr stabil über die letzten 20, 25 Jahre: 100 Transplantationen bei Kindern, und die müssen auf hierauf sehr spezialisierte Zentren beschränkt sein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Da haben wir wieder etwas gelernt. – Herr Professor Hoyer.

Herr Prof. Dr. Hoyer (GPN): Herr Professor Melter hat das Wesentliche gesagt. Ich möchte es trotzdem noch einmal ausführen. Für die Nierentransplantation ist es im Jahr etwas mehr als für die Lebertransplantation. Aber diese Patienten sind chronisch krank. Sie bleiben chronisch krank. Sie sind primär in Kinderdialysezentren, in denen sie vorbereitet werden. Von daher bedarf es eigentlich einer besonderen Aufmerksamkeit, dieses abzubilden, auch in der Nachsorge nach der Transplantation. Denn viele Defizite, die durch die Nierenerkrankung entstanden sind, bestehen natürlich häufig noch fort: Die Retardierung, also die Förderung, die Wachstumsentwicklung, all diese Dinge sind natürlich wichtige Punkte, die man nicht allgemein behandelt. Ich glaube, da sind wir aber auch in unserem Transplantationszentrum, in dem ich arbeite, eigentlich einer Meinung, dass diese Besonderheit abgebildet gehört. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ganz herzlichen Dank. Ich schaue ich in die Runde. – Ja, bitte.

Herr Prof. Dr. Melter (GPGE): Ich möchte eine Ergänzung machen. Es ist ja letztendlich gesetzlich auch geregelt, dass die Nachsorge zu regeln ist. Diese ist nur in speziellen Zentren zu regeln und natürlich, wie es auch für Kindergastroenterologie keine flächendeckende Nachsorge gibt, gibt es die erst recht nicht für Kinderlebertransplantationen, Nierentransplantationen oder für die anderen Organe. Also hier ist ein obligater Bedarf, dass dieses über die speziellen Aspekte eines Zentrums geregelt wird.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ganz herzlichen Dank. – PatV? – DKG? – GKV? – Länder? – KBV? – Danke.

Anlage 10 Kinderonkologische Zentren hatten wir gemeinsam mit den Onkologischen Zentren aufgerufen, weil hier die drei Stellungnehmer auch dort Stellungnahmen abgegeben hatten. Ich frage jetzt einfach mal an die Runde der hinten Verbliebenen: Es hat sich ja doch stark ausgedünnt so im Laufe der Zeit. Zunächst einmal an Sie einen ganz herzlichen Dank, dass Sie bis zum Ende ausgeharrt haben. Ich sage das aber auch jetzt als Reflex auf das, was die anderen Kollegen eben gesagt haben. Wir sind

sehr, sehr dankbar für diese Flut von Stellungnahmen, wo wirklich ganz, ganz viel drinsteht, dass man bei der Feinzeiselierung noch sehr, sehr tief diskutieren muss. Gibt es aus Ihrer Sicht noch Aspekte, die Sie gerne ansprechen möchten, die bislang noch nicht jetzt angesprochen worden sind. – Ja, bitte schön.

Herr Prof. Dr. Hirsch (DGKIZ): Ich bin Vertreter der Kinderzahnheilkunde, also der Zahnheilkunde. Ich möchte auf ein grundsätzliches Problem hinweisen: In nahezu allen Zentren fehlt zahnmedizinische Expertise. Der Hintergrund ist der, dass praktisch nahezu alle Patienten, die in solchen Zentren betreut werden, überdurchschnittlich oft orale Erkrankungen haben, und zwar überdurchschnittlich oft unbehandelte orale Erkrankungen.

Diese oralen Erkrankungen haben in vielen Fällen unmittelbar Auswirkungen auf die Therapie. Beispielsweise können Transplantationen nicht vorgenommen werden, weil Zähne entzündet im Kiefer stecken und verschoben werden müssen. Wir haben das bei ganz vielen Patienten auch in der Kinderonkologie beispielsweise, oder auch im Herzzentrum, mit denen wir eng kooperieren.

Die Grunderkrankung selbst hat unmittelbar Auswirkungen auf die Zähne. Zum Beispiel sind viele genetische Fehlbildungen auch mit Fehlbildung der Zähne assoziiert und erfordern eine spezielle Therapie. Nicht zuletzt hängt der Therapieerfolg auch von der Therapie der Grunderkrankung ab, und zwar wie die Mundhöhle darauf reagiert. Denken Sie auch bitte daran, dass ein Patient oder ein Kind, mit einer onkologischen Erkrankung, eine eingeschränkte Lebensqualität hat. Aber ein Kind, das eine onkologische Erkrankung hat und zusätzlich kaputte Zähne, hat eine noch viel schlechtere Lebensqualität.

Der letzte Punkt ist, dass diese Patienten aus zahlreichen dieser Zentren nicht durch niedergelassene Zahnärzte adäquat betreut werden können. Weil der einzelne Zahnarzt oder die einzelne Zahnärztin praktisch keine Expertise auf dem Gebiet hat. Sie sind für diese Patientengruppen mit schweren, höheren Erkrankungsgraden nicht ausgebildet. Es gibt nur etwa dreißig Universitätsklinika in Deutschland, die eine Zahnklinik haben, wo solche Patienten halbwegs in solchen Zentren betreut werden können. Das heißt, die allermeisten Patienten, die in den Zentren betreut werden, die wir heute besprochen haben, haben keine adäquate zahnmedizinische Begleitbehandlung.

Wie man das praktisch umsetzt, dazu haben wir auch nur ganz vage Vorstellungen. Entweder nimmt man ab einer gewissen Größe einen Zahnarzt mit in dieses Zentrum hinein, dass der sich in diesem Bereich qualifizieren kann. Oder man bindet niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Verträgen an diese Zentren und honoriert sie dann besser. Denn die Betreuung dieser Patienten ist viel aufwändiger als die der Standardpatienten. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ganz herzlichen Dank, Herr Professor Hirsch. Es ist in der Tat so, wenn Sie sagen, dass nur etwa die Hälfte der Universitätsklinika noch nicht einmal die entsprechende zahnmedizinische Kompetenz vorhält, dann würde das sich ja da nicht gestalten lassen.

Die Frage ist, wenn Sie von der Anbindung Niedergelassener sprechen: Wie bekommt man die entsprechend qualifiziert? Weil Sie sagen, wenn jemand eingebunden wird, muss er sich einarbeiten, muss sich qualifizieren. Das ist sicherlich eine etwas größere Baustelle, der man sich dann nähern muss. Die sehe ich natürlich auch in vielen Bereichen. – Ganz herzlichen Dank. Gibt es dazu Fragen? – Der GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe eine Wissenslücke. Und zwar betrifft das Frage, was Sie dann abrechnen. Sind das ambulante Leistungen, die im Vorfeld einer stationären Leistung Behandlung stattfinden? Parallel zur stationären Behandlung kann ich mir im Moment noch schwer vorstellen.

Herr Prof. Dr. Hirsch (DGKIZ): Ja, das ist genau das Problem. Sobald die Patienten stationär aufgenommen sind, sind die Behandlungen, auch die zahnärztlichen Behandlungen, Teil der Krankenhausabrechnung über die DRGs. Da gibt es keine Extrahonorierung. Wir orientieren manchmal darauf, die Patienten erst zu entlassen, um dann die zahnärztlichen Behandlungen vornehmen zu können, damit sie über den ambulanten Sektor abgerechnet werden können. Das ist aber widersinnig, weil natürlich, wenn die Patienten ein akutes Problem haben oder ein Problem mit den Zähnen, das während einer längerfristigen stationären Therapie auftritt, muss das natürlich gemacht werden und kann nicht auf die Zeit danach verschoben werden. Im Moment wird dieser zusätzliche Aufwand nicht abgebildet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das ist wieder so eine übliche Schnittstellenproblematik. – Danke schön. Weitere Fragen sehe ich dazu nicht. – Herr Isenberg von der Deutschen Schmerzgesellschaft. Ich habe schon gedacht: Wieso sitzt er die ganze Zeit da?

Herr Isenberg (DGS): Vielen Dank für die Einladung. Die Deutsche Schmerzgesellschaft ist die größte wissenschaftliche Fachgesellschaft für den Bereich Schmerz. Ich vertrete diese in meiner Funktion als Geschäftsführer heute hier.

Wir begrüßen den eingeleiteten Prozess beim G-BA sehr. Wir würden sehr bitten, dass man vielleicht im nächsten Jahr oder im zweiten Halbjahr des nächsten Jahres eine entsprechende Zentren-Erarbeitung auch für den Bereich Schmerzzentren aufbaut.

Zum allgemeinen Teil der Hinweis – vielleicht ist das auch ein Logikfehler bei uns: Es wird allgemein immer im Paragraph 1 davon gesprochen, die Rechtsgrundlage seien sowohl voll- als auch teilstationäre Krankenhausleistungen. Nachfolgend wird das in der Richtlinie nicht mehr weiter differenziert. Daraus resultiert bei uns die Befürchtung, dass man vielleicht grundsätzlich nur die vollstationären Einrichtungen haben möchte.

Wir appellieren aber daran, den allgemeinen Teil entsprechend noch einmal zu verändern, dass immer von voll- und teilstationär geredet wird. Im Bereich Schmerz hätte das folgende Bedeutung: 2017 wird die OPS 8-918 vollstationär bei zirka 66 000 oder 67 000 behandelten Patienten abgerechnet und die OPS 8-91c teilstationär bei knapp 90 000 Behandlungstagen. Sollte es ein Logikfehler sein, bitte ich um Entschuldigung. Ansonsten bitten wir um Klarstellung und Präzisierung in den jeweiligen allgemeinen Punkten des Richtlinienentwurfs. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Isenberg. Jetzt habe ich noch einmal Herrn Professor Rieß.

Herr Prof. Dr. Rieß (GfH): Geht mir ganz genauso. Kein Problem. Ich habe noch zwei wesentliche Punkte für die Seltenen Erkrankungen. Vielleicht habe ich es nicht sorgfältig gelesen. Aber wir sollten die Zentren für Seltene Erkrankungen auffordern oder ermuntern, oder zwingen, zusammenzuarbeiten, ein Netzwerk zu bilden. Weil gerade bei den Seltenen Erkrankungen kommt es wirklich auf bestimmte Erkrankungen an, die wir vielleicht fünf- oder nur zehnmal in Deutschland haben. Da müssen die Behandlungen koordiniert werden. Das ist ein Punkt, den ich als sehr wichtig erachte.

Was wir bei den Seltenen Erkrankungen nicht angesprochen haben, was ich aber sehr wichtig finde, ist die Frage der Register. Wir haben ja in Deutschland manchmal einen schweren Diskussionsprozess in Richtung Register, wie wir sie führen sollen usw. Ich glaube, wir sollten nicht nur ansprechen, dass Patientenvertreter bei diesen Zentrenbildungen gerade in Richtung Register mitarbeiten sollten, sondern vorschreiben müssen, dass die Patientenvertreter lokal mit vor Ort sein sollen. Denn es geht da

um Ethikvoten, Akzeptanz usw. Ich glaube, die Einbindung der Patienten ist dort essentiell. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Professor. Gibt es dazu Fragen? Das sehe ich nicht. Dann sind wir am Ende der Anhörung. Ich bedanke mich ganz herzlich nochmals bei den Verbliebenen, aber ausdrücklich bei allen, die auch eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Das war sehr bereichernd. Auch die Anhörung war gut und ist auch sehr strukturiert abgelaufen.

Die Anhörung ist beendet. – Ganz herzlichen Dank.

Schluss der Anhörung: 14:50 Uhr