



Dokumentation der Rückmeldungen

zum Beschluss des Innovationsausschusses beim
Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V
zum abgeschlossenen Projekt *ERIC (01NVF16011)*

Bei geförderten Vorhaben zu neuen Versorgungsformen berät der Innovationsausschuss den jeweiligen Evaluationsbericht und berücksichtigt dabei den jeweiligen Schluss- und Ergebnisbericht. Er beschließt jeweils spätestens drei Monate nach Eingang der jeweiligen bewertbaren Berichte eine Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform oder Teile aus einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung. Der Innovationsausschuss konkretisiert in den jeweiligen Beschlüssen, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll. Zudem stellt er fest, welche Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist. Empfiehlt der Innovationsausschuss, eine neue Versorgungsform nicht in die Regelversorgung zu überführen, begründet er dies.

A. Beschluss mit Begründung

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat im schriftlichen Verfahren am 21. Januar 2022 zum Projekt *ERIC - Enhanced Recovery after Intensive Care* (01NVF16011) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Der Innovationsausschuss spricht auf Basis der Ergebnisse des Projekts ERIC folgende Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung aus:
 - a. Die im Projekt ERIC erzielten Erkenntnisse werden an **die Gesundheitsministerien der Länder** weitergeleitet, mit der Bitte um Prüfung, ob eine Adaption im Bereich Intensivmedizin im jeweiligen Bundesland für die Weiterentwicklung der Versorgung zielführend ist.
 - b. Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an den **Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses** weitergeleitet. Der Unterausschuss wird gebeten, die Erkenntnisse aus dem Projekt zeitnah im Rahmen seiner Zuständigkeit zu prüfen.
 - c. Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** weitergeleitet, mit der Bitte um Prüfung, inwieweit intensivmedizinische Telekonsilien zwischen Krankenhäusern sachgerecht vergütet werden. Darüber hinaus werden die Ergebnisse an die DKG, den GKV-Spitzenverband sowie an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) weitergeleitet, mit der Bitte um Prüfung, ob zusätzlich bei den bestehenden Entgeltkatalogen Handlungsbedarf besteht.
 - d. Die Ergebnisse sollen an folgende Fachgesellschaften weitergeleitet werden: **Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)**, **Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed)**, **Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)** und **Deutsche Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)**.

Begründung

Das Projekt hat erfolgreich eine neue Versorgungsform (NVF) für die intensivmedizinische Behandlung mittels, multiprofessioneller, telemedizinischer Visite durchgeführt und evaluiert. Dafür wurde eine zentrale E-Health-Plattform aufgebaut, die die Kommunikation und die Datenerfassung der beteiligten Krankenhäuser verbesserte und im Rahmen eines telemedizinischen Zentrums (zentrale Teleintensivstation) Informationen bündelte.



Die primären Endpunkte der wissenschaftlichen Evaluation waren die Adhärenz zu den Qualitätsindikatoren (QI) der DIVI. Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Adhärenz in sieben der acht QI in der Interventionsgruppe (IG) der NVF im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG). Für keinen der patientenrelevanten (sekundären) Endpunkte Mortalität, Lebensqualität, mentale und körperliche Gesundheit konnten signifikanten Effekte nachgewiesen werden. Auch die gesundheitsökonomische Analyse zeigte keinen signifikanten Unterschied in den Kosten zwischen IG und KG.

Das methodische Vorgehen war insgesamt angemessen. Das randomisierte Studiendesign, die Verwendung klarer Algorithmen, die Nutzung etablierter Messinstrumente sowie die angemessene Auswertungsstrategie waren Stärken der Studie. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse könnte jedoch durch einen durch die freiwillige Teilnahme der Kliniken an der ERIC-Studie entstandenen Selektionsbias eingeschränkt sein.

Insgesamt zeigte sich, dass dem Projekt die Implementierung von telemedizinischen Visiten in der intensivmedizinischen Behandlung gelang. Das Ziel, die Adhärenz zu den QI der DIVI zu steigern wurde erreicht. Die Skalierung der NVF fand während der COVID-19 Pandemie in der intensivmedizinischen Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -patienten zunächst in der Metropolregion Berlin/Brandenburg (SAVE-Berlin@Covid-19) und anschließend in weiteren Regionen bundesweit erfolgreich Anwendung (FUTURE – Fachübergreifende, telemedizinische Unterstützung in Regionen mit erhöhtem Aufkommen kritisch kranker Covid-19 Patienten). Vor diesem Hintergrund sollen die Projektergebnisse an die Gesundheitsministerien der Länder weitergeleitet werden, mit der Bitte um Prüfung, ob die Etablierung telemedizinischer Visiten auf Intensivstationen, im jeweiligen Bundesland, sinnvoll ist. Darüber hinaus sollen die Projektergebnisse an den Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses (insbesondere mit Blick auf die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. Februar 2021 und 16. Dezember 2021 IDV-Zentren) weitergeleitet werden. Des Weiteren erfolgt eine Weiterleitung an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Bitte um weitere Prüfung einer möglichen Verwendung (ggf. auch der Abbildung in bestehenden Entgeltkatalogen bzw. Vergütungsstrukturen, wie bspw. DRG, Zusatzentgelt, DKG-NT/ BG-T Nebenkostentarif).

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat aufgrund frühzeitiger positiver Zwischenergebnisse bereits entschieden, dass die Erprobung der NVF auch in einem anderen Setting (telemedizinische Verknüpfung von Beatmungs-Wohngemeinschaften und Level-1 Intensivmedizin) sinnvoll ist. Die Erprobung erfolgt im Rahmen des Folgeprojekts E=MC² - Entwicklung der intersektoralen, medizinischen Versorgung von Patienten mit „Chronic Critical illness“. Es wird erwartet, dass die Projektergebnisse aus dem Projekt E=MC² die Erkenntnisse aus der NVF ERIC weiterentwickeln.

B. Dokumentation der Rückmeldungen

Nachfolgend aufgeführt die Rückmeldungen der einzelnen Adressaten:

Adressat	Datum	Inhalt
<p>Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)</p>	<p>11.02.2022</p>	<p><i>„Ihrer Bitte um "Bitte um Prüfung, ob zusätzlich bei den bestehenden Entgeltkatalogen bzw. Vergütungsstrukturen (wie bspw. DRG, Zusatzentgelt [...]) Handlungsbedarf besteht", sind wir gerne nachgekommen.</i></p> <p><i>Das Projekt ERIC bezieht sich auf einen Gesamtprozess, der über den typischen Blickwinkel des InEK, dass primär mit den Entgeltsystemen für stationäre Leistungen befasst ist, hinausgeht.</i></p> <p><i>Im Datenbestand des InEK wären somit die Leistungs- und Kostendaten des stationären Anteils des Gesamtprozesses sichtbar. Jedoch ist für den Projektinhalt „telemedizinische Intervention in der ICU" festzustellen, dass aktuell weder die Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG, noch die Daten aus der Fallkostenkalkulation des InEK hier Ansatzmöglichkeiten für eventuelle Analysen bieten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>– Zum einen ist nicht erkennbar, bei welchen Krankenhausfällen z.B. telemedizinische Visiten durchgeführt wurden.</i> <i>– Zum anderen ist auch nicht erkennbar, welche Leistungserbringer (Krankenhäuser) diese Leistungen für andere Krankenhäuser bereitstellen - und in welchem Umfang.</i> <p><i>Um derartige telemedizinische Leistungen in die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme einzubeziehen, wäre für das InEK also eine Verbesserung der Datengrundlage zwingend erforderlich, wobei auch hier strikt zwei Betrachtungsebenen zu unterscheiden sind:</i></p>



Adressat	Datum	Inhalt
		<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Fall bezogen - für welche Patienten werden die Leistungen in welchem Umfang in Anspruch genommen?</i> 2. <i>Einrichtungsbezogen - welche Einrichtungen bieten die Leistungen in welchem Umfang für andere an?</i> <p><i>Fallbezogene Identifikatoren (z.B. neue Prozedurenkodes der OPS-Klassifikation) könnten grundsätzlich eine Analyse von Fällen mit telemedizinischen Leistungen ermöglichen. Dabei wäre im Hinblick auf die Kosten-/Erlössituation solcher Fälle in der Intensivmedizin sowohl vorstellbar, dass sich (geeignete Berücksichtigung im Rahmen der Fallkostenkalkulation vorausgesetzt) im Vergleich zu anderen Fällen höhere Kosten (im Sinne einer zusätzlichen Leistung) als auch dass sich geringere Kosten zeigen könnten (letztes möglich im Fall, dass telemedizinische Leistungen an die Stelle der Leistungserbringung durch das Krankenhaus selbst treten).</i></p> <p><i>Ob und in welcher Art und Höhe dabei Kostenunterschiede, die für eine Anpassung des Entgeltsystems sprechen könnten, auftreten, wäre auch stark von den Rahmenbedingungen der Kooperation zwischen der das Telekonsil anbietenden und der dieses Konsil in Anspruch nehmenden Einrichtung abhängig:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Werden Konsile dem anfragenden Krankenhaus in Rechnung gestellt und dienen diese Mittel der Refinanzierung des Aufwands für das Angebot telemedizinischer Leistungen?</i> – <i>In welchem Umfang?</i> – <i>Für welche Kostenkomponenten? (Betriebskosten vs. Investitionskosten)</i>

Adressat	Datum	Inhalt
		<p>– <i>Werden die Kosten der Leistungen im in Anspruch nehmenden Krankenhaus sachgerecht bei der Fallkostenkalkulation berücksichtigt (und können so ggf. Grundlage erlösseitiger Veränderungen sein?)</i></p> <p><i>Im Fall, dass sich die Aufwände des Anbieters telemedizinischer Leistungen nicht primär über die diese Leistungen in Anspruch nehmenden Fälle refinanzieren, könnten die Möglichkeiten eines fallbezogenen Entgeltsystems zur Abbildung solcher Leistungen hingegen beschränkt sein.</i></p> <p><i>Aus Sicht des InEK bestehen somit im Hinblick auf telemedizinische Leistungen in der Intensivmedizin noch offene Fragen. Grundsätzlich können die Weiterentwicklungsmöglichkeiten des datengestützten leistungsgerechten Entgeltsystems aus Sicht des InEK jedoch auch im Hinblick auf telemedizinische Leistungen zum Einsatz kommen. Ein wichtiger erster Schritt sollte hier die Definition und Etablierung geeigneter Leistungsparameter, beispielsweise im OPS-Katalog sein. Typischerweise würde eine solche Leistung nicht über Einzelkomponenten beschrieben (etwa die einzelnen Televisiten) sondern über Parameter, die zum einen Gesamtaufwände in geeigneter Präzision beschrieben und zum anderen auch die entsprechenden Strukturen definieren.</i></p> <p><i>Bisher spielen telemedizinische Leistungen im aG-DRG-Entgeltssystem nur bei der Komplexbehandlung beim akuten Schlaganfall eine Rolle. Dabei weisen im G-DRG-System die Codes aus</i></p> <p><i>8-98b.2- Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes</i></p> <p><i>und</i></p>

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>8-98b.3- Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes</i></p> <p><i>die gleiche Funktion auf. Somit ist insbesondere in den typischen Schlaganfall-DRGs die telemedizinische Leistungserbringung der Leistungserbringung durch eigene Kräfte des Krankenhauses gleichgestellt. Der in der DRG-Definition verwendete OPS-Kode 8-98b.3 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes ist ein Beispiel für die Leistungsdefinition telemedizinischer Maßnahmen.</i></p> <p><i>Abschließend möchten wir betonen, dass die grundsätzliche Offenheit und Bereitschaft des InEK zur zeitnahen Abbildung der Versorgungswirklichkeit natürlich auch bei telemedizinischen Leistungen besteht, auch wenn dies voraussichtlich erst der Schaffung weiterer Grundlagen bedarf.“</i></p>



Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e.V. – DGTelemed	10.03.2022	<p><i>„Die DG Telemed hat sich in einer eigens dafür angesetzten Sitzung des Vorstandes mit Ihrem Anliegen intensiv beschäftigt. Wir dürfen die Diskussionsergebnisse wie folgt zusammenfassen:</i></p> <p><i>Nach sorgfältiger Prüfung der vorgelegten Unterlagen können wir bestätigen, dass das Projekt ERIC die Machbarkeit von Televisiten in der Intensivmedizin überzeugend demonstriert hat. Zudem konnte das Potential zur Steigerung der Prozessqualität, gemessen an der durch telemedizinische Intervention gesteigerten Adhärenz zu den Qualitätsindikatoren der DIVI, eindrucksvoll bewiesen werden. Dass weder die Analysen zu sekundären Endpunkten noch zu gesundheitsökonomischen Effekten signifikante Ergebnisse lieferten, ist bei adäquater Methodik hinzunehmen. Die Tatsache, dass bestehende Projektstrukturen und -prozesse im Rahmen der COVID-19 Pandemie unmittelbar skaliert werden konnten, zeugt von einem großen Übertragungspotential und einem relevanten Mehrwert von Televisiten in der Intensivmedizin für die Gesundheitsversorgung.</i></p> <p><i>Vor dem Hintergrund dieser positiven Beweisführung belegt das Projekt ERIC u.E. den Bedarf an einer Verstetigung von Televisiten in der Intensivmedizin. Dies könnte vorerst durch die Fortführung der im Februar 2021 eingeführten IDV-Zentren stattfinden. Hier gilt es eine dauerhafte tragfähige Finanzierungsregelung zu konzeptionieren, welche neben den Personalkosten auch Kosten von Organisations- und Infrastrukturaufwänden im Zentrum berücksichtigt. Den systemisch-interdisziplinären Ansatz der Intensivmedizin in Kombination mit dem netzwerkfokussierten Ansatz der Telemedizin sollte man u.E. in Zukunft ausbauen. Die Intensivmedizin eignet sich hier als technik- und datenbasiertes Fachgebiet als ein ideales Handlungsfeld für telemedizinische Anwendungen im stationären Sektor. Zielthemen wie die telemedizinische Vermittlung von Expertise in die Fläche, Qualitätssteigerung durch Steigerung von Leitlinienadhärenz und die optimale Nutzung von Behandlungskapazitäten werden vollstens adressiert. Telemedizin in der Intensivmedizin trägt somit zu einer orts- und zeitunabhängig hochqualitativen</i></p>
--	------------	--

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Gesundheitsversorgung bei. Dies alles sind u.E. überzeugende Argumente die Intensivmedizin als eigenständiges G-BA Zentrum zu erwägen.“</i></p>
<p>Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege</p>	<p>18.03.2022</p>	<p><i>Für die erbetene Bewertung haben wir zusätzlich die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG) mit eingebunden.</i></p> <p><i>Vorauszuschicken ist, dass das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege nicht in die Entwicklung und Durchführung eingebunden war, so dass das Projekt hier nur aus den von Ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen bekannt ist.</i></p> <p><i>Generell ist die Etablierung telemedizinischer Strukturen aus unserer Sicht in allen Bereichen sinnvoll, in denen medizinisches Spezialwissen zur Diagnose und Therapie herangezogen wird, um die Versorgung zu verbessern. Auch wenn die intensivmedizinische Behandlung schon aufgrund der dort behandelten Patientinnen und Patienten über das übliche Maß herausgehende ärztliche und pflegerische Kenntnisse erfordert, kann - gerade bei kleineren Einheiten, in denen anspruchsvollere Behandlungserfordernisse bzw. seltene Erkrankungen nicht zum Standard gehören - zusätzliche Kompetenz eine wertvolle Ergänzung der vor Ort vorhandenen Expertise sein. Aufgrund dessen hat auch das bayerische Gesundheitsministerium bereits 2015 ein entsprechendes telemedizinisches Projekt in der Intensivmedizin gefördert, dass ebenfalls die grundsätzliche Eignung telemedizinischer Verfahren in diesem Bereich bestätigt hat. Dies konnte offenbar auch das Projekt „ERIC“ bestätigen.</i></p>

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Die BKG bestätigt in ihrer Bewertung, dass es sich bei der im Projekt maßgeblich untersuchten Frage bezüglich Langzeitfolgen von Intensivmedizin (Beatmung) zweifellos um eine relevante Fragestellung handelt. Sie macht aber auch darauf aufmerksam, dass es sich eigentlich um ein federführend den Fachgesellschaften zugewiesenes Thema handelt.</i></p> <p><i>Allgemein weist die BKG im Hinblick auf das solidarische Gesundheitssystem darauf hin, dass telemedizinische Angebote allen Bürgerinnen und Bürgern offenstehen müssten. Ein Ausschluss von diesen Leistungen sei schwierig zu vertreten, wenn dies nach standardisierten Methoden passiere, ohne dass eine individuelle Prüfung stattgefunden habe. In Bezug auf die eingesetzte Telemedizin und Telekonzile (ärztlich, pflegerisch) sollte darauf geachtet werden, dass es keine Insellösungen gibt. Daher sei es wichtig, dass Innovationsfonds-Projekte generisch zusammen mit mehreren ähnlichen Projekten bewertet werden und eine möglichst klar adressierte Empfehlung für die Regelversorgung erhalten. Digitale Technik sollte dabei stets Bestandteil der Telematikinfrastuktur werden.“</i></p>

<p>Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung</p>	<p>04.04.2022</p>	<p><i>„Der Einsatz telemedizinischer Verfahren zur Unterstützung intensivmedizinischer Behandlungen ist nach unserer Auffassung zu begrüßen. Gerade in dünn besiedelten Gebieten, die auch das Flächenland Niedersachsen vor besondere Herausforderungen in Bezug auf die flächendeckende und zugleich hochwertige Versorgung schwerverletzter Patientinnen und Patienten stellt, kann die Anwesenheit von Spezialistinnen und Spezialisten aufgrund der räumlichen Entfernungen nicht immer gewährleistet werden. Dieser Umstand wird durch die demographische Entwicklung und die Tendenz zur Bevölkerungskonzentration in und um die größeren Städte noch verschärft werden. Mit der Hilfe telemedizinischer Systeme könnten die vorhandenen Engpässe sicherlich in einigen Fällen „ausgeglichen“ werden.</i></p> <p><i>Auch wenn das vorliegende Projekt ERIC sich insbesondere auf die Verringerung negativer Langzeitfolgen bei beatmeten Patientinnen und Patienten bezogen hat, wäre eine Ausweitung auf weitere Krankheitsbilder aus den genannten Gründen sicherlich in Erwägung zu ziehen.</i></p> <p><i>Gerade im Zuge der voranschreitenden Digitalisierung der medizinischen Versorgung bietet sich die Nutzung telemedizinischer Verfahren im Alltag an. Um eine möglichst breite Verfügbarkeit und Akzeptanz zu gewährleisten, muss dieser Prozess jedoch dringend Hand in Hand gehen mit einer Integration in die Telematikinfrastuktur und ihren Anforderungen an eine standardisierte Datenstruktur und -übermittlung.</i></p> <p><i>Neben der technischen Umsetzung müssten ferner noch rechtliche Fragestellungen geklärt werden, wie etwa ob aus datenschutzrechtlichen Gründen eine Zustimmung der Patientin oder des Patienten für eine Datenübertragung vorliegen muss. Ebenso wichtig für eine weite Verbreitung wäre die auskömmliche Abdeckung der Investitions- und Betriebskosten, die für die Anschaffung und den Betrieb der hierfür anzuschaffenden Technik erforderlich ist. Zudem sind abrechnungstechnische Fragestellungen zu berücksichtigen.</i></p>
--	-------------------	---



Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Grundsätzlich spricht somit Viel für eine weitere Verfolgung der im Projekt erarbeiteten Erkenntnisse und deren Nutzung auch in anderen Bereichen, allerdings auf einer stabilen rechtlichen und finanziellen Basis.“</i></p>
<p>Rheinland-Pfalz Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit</p>	<p>12.05.2022</p>	<p><i>„Generell bestätigen wir, dass die Etablierung telemedizinischer Netzwerke in allen Bereichen sinnvoll ist, in denen medizinisches Spezialwissen zur Diagnose und Therapie erforderlich ist, um die Versorgung zu verbessern. Hinsichtlich der Intensivpflege kann insbesondere bei kleineren Einheiten, in denen anspruchsvolle Behandlungen bzw. seltene Erkrankungen nicht Alltagsgeschäft sind, zusätzliche telemedizinische Kompetenz eine wichtige Ergänzung zur bereits vorhandenen ärztlichen und pflegerischen Expertise sein. Die Ergebnisse aus dem Projekt ERIC bestätigen aus unserer Sicht die grundsätzliche Eignung telemedizinischer Verfahren. Möglicherweise wäre eine Beurteilung der Ergebnisse durch die maßgeblichen Fachgesellschaften sinnvoll.</i></p> <p><i>Bei einer Umsetzung von Telemedizin in der Fläche in RLP müssten zunächst als Voraussetzung auch entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten für die telemedizinischen Leistungen geschaffen werden, damit eine verursachungsgerechte Kosten- bzw. Erlöszuordnung erfolgen kann.“</i></p>
<p>GKV-Spitzenverband (GKV-SV)</p>	<p>11.07.2024</p>	<p><i>„[...] mit den Beschlüssen des Innovationsausschusses vom 21.01.2022 [ERIC] und 16.04.2021 [Telnet@NRW] wurde der GKV-Spitzenverband gebeten zu prüfen, inwieweit 1) bei den bestehenden Entgeltkatalogen hinsichtlich der Vergütung von intensivmedizinischen Telekonsilien zwischen Krankenhäusern Handlungsbedarf besteht bzw. 2) infektiologische und intensivmedizinische Telekonsilien zwischen Krankenhäusern in den bestehenden Entgeltkatalogen bzw. Vergütungsstrukturen adäquat berücksichtigt werden bzw. integriert werden können und</i></p>

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>inwiefern 3) weitere Verwendungsmöglichkeiten der Projektergebnisse gesehen werden. Den Prüfbitten kommen wir im Folgenden gerne nach.</i></p> <p><i>Das Projekt Telnet@NRW - Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung zeigte einen Weg auf, die intensivmedizinische und infektiologische Versorgung in der pandemischen Situation sicherzustellen. Aus diesem Grund unterstützte der GKV-Spitzenverband die auf diesen Erkenntnissen aufbauende temporäre Förderung von Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (I DV-Zentren). Inzwischen sind die relevanten telemedizinischen Leistungen dauerhaft in den Aufgabenbereich der verantwortlichen Herz- und Lungenzentren überführt.</i></p> <p><i>Das Projekt ERIC - Enhanced Recovery after Intensive Care stellte dar, wie die intensivmedizinische Behandlung mittels, multiprofessioneller, telemedizinischer Visite verbessert werden könnte. Diese Erkenntnisse führten im Jahr 2024 zur Etablierung von Zentren für Intensivmedizin im Rahmen der Zentrums-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.</i></p> <p><i>Die Förderung von komplexen telemedizinischen Leistungen erfolgt also inzwischen über</i></p> <p><i>Zentrumszuschläge an ausgewählte Krankenhäuser, die die gemäß § 136c Absatz 5 SGB V definierten besonderen Aufgaben ausüben. Die Vergütung von Konsilleistungen, die Zentren für andere Krankenhäuser erbringen, wird im Binnenverhältnis über den Nebenkostentarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) geregelt. Telekonsiliarische Leistungen wurden dort zum 1. Oktober 2023 aufgenommen.</i></p> <p><i>Weitere Verwendungsmöglichkeiten für die Erkenntnisse der beiden Projekte werden zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesehen.“</i></p>

Stand: 06.09.2024



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss