



Projektbericht

Vergütung von zwischen Krankenhäusern
erbrachten telekonsiliarärztlichen
Leistungen

Ansprechpartner:

Dr. Matthias Offermanns

Ann-Katrin Parloh

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47051 – 23

E-Mail: matthias.offermanns@dki.de

Ann-Katrin.Parloh@dki.de

Datum: Mai 2022

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG	4
2	DEFINITION UND KOSTEN VON TELEKONSILEN	6
2.1	DEFINITION VON TELEKONSILEN.....	6
2.2	KOSTEN VON TELEKONSILEN	9
3	TELEKONSILE UND DER INNOVATIONSFONDS	12
3.1	PROJEKTÜBERSICHT	12
3.2	ZWISCHENFAZIT INNOVATIONSFONDS-PROJEKTE	23
4	TELEKONSILE IM VERTRAGSARZTBEREICH	26
4.1	KONSILE IM VERTRAGSARZTBEREICH	26
4.2	DIE EINFÜHRUNG VON TELEKONSILEN IM VERTRAGSARZTBEREICH	28
4.3	EINFÜHRUNG VON GEBÜHRENORDNUNGSPPOSITIONEN FÜR TELEKONSILE.....	31
5	DIE ABBILDUNG VON TELEKONSILEN IM DKG-NT	36
5.1	DIE REGELUNGEN DES DKG-NT BAND I	36
5.2	ABRECHNUNGSEMPFEHLUNGEN DER BUNDESÄRZTEKAMMER	41
6	TELEKONSILE IM STATIONÄREN SOMATISCHEN KRANKENHAUSBEREICH	45
6.1	DIE BEHANDLUNG VON KONSILEN IN DER DEFINITION UND KALKULATION VON FALLPAUSCHALEN .	45
6.2	TELEKONSILE IN DER OPS-KOMPLEXZIFFER 8-98B.....	47
6.3	BESCHLUSS DES G-BA ZU ZENTREN IN EINEM INTENSIVMEDIZINISCHEN DIGITAL-GESTÜTZTEN VERSORGUNGSNETZWERK	50
7	TELEKONSILE IM STATIONÄREN PSYCHIATRISCHEN UND PSYCHO-SOMATISCHEN KRANKENHAUSBEREICH	53
8	VERGÜTUNGSMÖGLICHKEITEN IM STATIONÄREN KRANKENHAUSBEREICH	56
8.1	DKG-NT	56
8.2	FALLPAUSCHALEN.....	59
8.2.1	Überblick über das Fallpauschalensystem	59
8.2.2	Verfahren zur Einführung neuer Prozedurenschlüssel	60
8.2.3	Abbildung von Telekonsilen im OPS-Code.....	63
8.2.4	Differenzierung nach Aufwand bei der Erbringung von Telekonsilen.....	66
8.2.5	Verfahren der Normierung	66
8.2.6	Zwischenfazit Fallpauschalen.....	67
8.3	ZUSATZENTGELTE.....	68
8.4	ZUSCHLÄGE	72
8.4.1	Zentrumszuschläge	72
8.4.2	Sonstige Zuschläge	74
8.4.3	Zwischenfazit Zuschläge	76
8.5	TAGESBEZOGENE ENTGELTE GEMÄß PEPP-ENTGELTSYSTEM	77
9	FAZIT	83

9.1	KRITERIEN FÜR EINE VERGÜTUNG VON TELEKONSILEN.....	83
9.2	VERGÜTUNG NACH DKG-NT UND REFINANZIERUNG ÜBER DIE KRANKENHAUSENTGELTSYSTEME .	84
9.3	ZUSCHLAGSFINANZIERUNG FÜR DAS DURCHFÜHRENDE KRANKENHAUS.....	86
9.4	VERGÜTUNG NACH LEISTUNGSKATALOG AUF ÜBERWEISUNG.....	87
9.5	HANDLUNGSBEDARF FÜR DEN STATIONÄREN KRANKENHAUSBEREICH	89
10	LITERATURVERZEICHNIS	90

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1:	Abgrenzung von Telekonsilen gegenüber anderen digitalen Anwendungen	8
Tab. 2:	Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach Abschnitt 34.8 EBM: Abrechnungshäufigkeit ...	29
Tab. 3:	Gebührenordnungspositionen des EBM im Zusammenhang mit Telekonsilen	34
Tab. 4:	Überleitung des OPS 2020 auf den OPS 2021	47
Tab. 5:	Anzahl Nennungen der Codes 8-98b zwischen 2012 und 2020	48
Tab. 6:	Anzahl Krankenhäuser, die die Codes 8-98b 2019 angesetzt haben	48
Tab. 7:	Durch die Codes 8-98b angesteuerte DRGs – TOP 3 für das Jahr 2020	49
Tab. 8:	Zuordnung des OPS-Kodes 8-98b.3 zu den agDRGs Version 2021	65
Tab. 9:	Zusatzentgelte in der aG-DRG Version 2021	69
Tab. 10:	Sonstige Zuschläge	75
Tab. 11:	Auszug aus dem PEPP-Entgeltkatalog 2021	79
Tab. 12:	PEPP-Entgeltkatalog ergänzender Tagesentgelte	80

1 Einführung

In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber seine Gesetzgebung im Gesundheitsbereich verstärkt auf die Digitalisierung ausgerichtet.

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) von 2019 war insbesondere auf den Vertragsarztbereich orientiert (Deutscher Bundestag 2019). Dem ergänzten Bewertungsausschuss wurde zum einen eine Weiterentwicklung der abrechnungsfähigen Konsile hin zu Telekonsilen aufgetragen, zum anderen sollte auch eine sektorenübergreifende Abrechnung ermöglicht werden (Deutscher Bundestag 2019). Ein wichtiger Eckpunkt stellt die dreiseitige „Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilen (Telekonsilien-Vereinbarung)“ (Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. 2020) dar, in der sektorenübergreifende Telekonsile und deren Abrechnung geregelt wurden.

Als weiterer Meilenstein folgte dem DVG zwei Jahre später das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG (2021). Für den Bereich der telekonsiliarischen Leistungen sind hier besonders die Änderungen der §§ 2 Absatz 4 KHEntgG und BPfIV zu betonen, die beide den gleichen Regelungsinhalt haben:

§ 2 Abs. 4 Krankenhausentgeltgesetz/ § 2 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung

„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft prüft bis zum 31. Dezember 2021, ob zwischen Krankenhäusern erbrachte telekonsiliarärztliche Leistungen sachgerecht vergütet werden. Dabei ist auch zu prüfen, ob eine Anpassung der Vergütung notwendig ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft veröffentlicht das Ergebnis der Prüfung barrierefrei auf ihrer Internetseite.“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 2020; Deutscher Bundestag 2021)

In der Amtlichen Begründung des DVPMG zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) wird die Beauftragung der Deutschen Krankenhausgesellschaft konkretisiert. Dort heißt es:

„Mit dem Ziel, die Nutzung von telekonsiliarischen Leistungen in der stationären Versorgung zu verstetigen, erhält die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit Satz 1 den Auftrag, zu prüfen, ob zwischen Krankenhäusern erbrachte telekonsiliarärztliche Leistungen sachgerecht vergütet werden. Eine sachgerechte Vergütung in diesem Sinne liegt dann vor, wenn sich der durch die erbrachte Leistung entstehende Aufwand in der Höhe der Vergütung angemessen abbildet. Die Liquidation konsiliarärztlicher Leistungen des Krankenhauses bei Leistungserbringung für stationäre Patient*innen anderer Krankenhäuser erfolgt über den von der DKG herausgegebenen Nebenkostentarif Band I (DKG-NT). Auf dieser Grundlage hat die DKG zu prüfen, ob die bestehenden Vergütungen ausreichend oder weiterzuentwickeln und

gegebenenfalls zu differenzieren sind (Satz 2). Insbesondere kann eine Anpassung der Vergütung notwendig werden, wenn Leistungen bisher gar nicht im DKG-NT abgebildet wurden oder wenn infolge der Überprüfung der aktuellen Vergütung eine bessere Abbildungsmöglichkeit im Vergleich zum Status Quo identifiziert werden konnte. Für eine sachgerechte Vergütung kann beispielsweise eine Differenzierung der Vergütungen nach ihrer Höhe erforderlich sein, wenn verschiedene telekonsiliarärztliche Leistungen unterschiedlich aufwendig sind. Der Prüfauftrag soll im gleichen Zuge sowohl für den somatischen als auch für den psychiatrischen und psychosomatischen Bereich erfolgen. Eine Berücksichtigung von Investitionskosten innerhalb der Vergütung telekonsiliarärztlicher Leistungen ist auszuschließen. Die DKG veröffentlicht das Ergebnis ihrer Prüfung barrierefrei auf ihrer Internetseite.“ (Deutscher Bundestag 2021)

2 Definition und Kosten von Telekonsilen

2.1 Definition von Telekonsilen

Unter einem *Konsil* wird eine patientenbezogene Beratung eines Arztes/ einer Ärztin durch einen anderen Arzt/ Ärztin verstanden.

Damit sind kennzeichnend für ein **Konsil**:

- Teilnahme von mindestens zwei Ärzt*innen;
- eine Vermittlung von Wissen und Kenntnissen des einen an den anderen über den gesundheitlichen Zustand eines/einer Patient*in.

Für ein Konsil ist es nicht erforderlich, dass

- die am Konsil teilnehmenden Ärzt*innen jeweils einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt haben;
- die patientenbezogene Beratung durch die gleichzeitige Anwesenheit („synchron“) der teilnehmenden Ärzt*innen erfolgt.

Bei Konsilen kann zwischen internen und externen Konsilen unterschieden werden. Während mit internen Konsilen die Beratung zwischen Ärzt*innen des gleichen Krankenhauses gemeint ist, erfolgen externe Konsile mit Ärzt*innen anderer Krankenhäuser oder mit Vertragsärzt*innen.

Bei einer Übertragung dieser Definition von Konsilen auf **Telekonsile** ist eine mehrfache Abgrenzung notwendig. Telekonsile müssen einerseits zu Telemedizin, andererseits zu Videosprechstunden mit Einbezug der/des Patient*in abgegrenzt werden. Schließlich muss zwischen Telekonsilen und Televisiten bzw. Tele-Fallkonferenzen unterschieden werden.

Bei einer Videosprechstunde mit Patient*innen findet eine Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und Patient*innen statt, die unterschiedlichen Zwecken dienen kann. Im Regelfall ist kein weiterer Arzt/ Ärztin in die Videosprechstunde eingebunden.

Telemedizin kann weit definiert werden und als übergeordneter Begriff für alle Anwendungen, bei denen digitale Kommunikationsmittel zur Anwendung kommen. Dann wären Telekonsile eine Teilmenge der Telemedizin. Von einem solchen Verständnis geht der Gesetzgeber im Digitalen-Versorgung-Gesetz (DVG) aus.

Telemedizin kann auch enger definiert werden, beispielsweise als eigenständige medizinische Anwendungen mit Hilfe digitaler Medien. Hierunter würden u. a. eine Überwachung von Vitalparametern in der Häuslichkeit der Patient*innen (sogenanntes Telemonitoring), die Durchführung von Therapien unter räumlicher Trennung oder Leistungen der Hebammenhilfe, die telemedizinisch erbracht werden, fallen. Alle teletherapeutischen und telediagnostischen

Maßnahmen (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2014) würden somit in diese Kategorie fallen. Bei dieser engen Definition der Telemedizin ist eine patientenbezogene Beratung zwischen zwei Ärzt*innen nicht der Hauptzweck der Anwendung. Weiterhin muss der Begriff des Telekonsils gegenüber den Begriffen Televisite und (Tele-) Fallkonferenzen abgegrenzt werden.

Der Begriff der „**Televisite**“ wird nicht einheitlich verwendet. Unter einer Televisite wird zum einen die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzt*innen verstanden. Hier geht es vorwiegend um die poststationäre Behandlung durch Vertragsärzt*innen, die über eine Televisite Unterstützung durch Krankenhausärzt*innen erhalten (Baslis 2011; Urbanek 2019). Auf der anderen Seite wird unter einer „Televisite“ eine bestimmte Form der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern verstanden. Über eine telemedizinische Infrastruktur, etwa durch einen Televisitenwagen, erfolgt die Einbindung von externer medizinischer Kompetenz bei routinemäßig durchgeführten Visiten (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen 2021; Marx). Der Unterschied zwischen Telekonsil und Televisite besteht darin, dass ein Telekonsil anlassbezogen erfolgt und nicht wie die Televisite routinemäßig.

Auch der Begriff der „**Fallkonferenz**“ wird nicht einheitlich verwendet. Im vertragsärztlichen Bereich finden Fallkonferenzen einerseits zwischen Vertragsärzt*innen, andererseits zwischen Vertragsärzt*innen und Pflegekräften statt. Diese Fallkonferenzen sind reserviert für bestimmte Behandlungen, wie z. B. bei palliativer Versorgung, Brustkrebs oder Schmerztherapie. Im stationären Bereich finden Fallkonferenzen häufig in regelmäßigen Abständen statt und dienen (primär) der Fortbildung der beteiligten Ärzt*innen über bestimmte Erkrankungen. Die Bundesärztekammer definiert Fallkonferenzen in ihren „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ in diesem Sinne wie folgt: „Gemeinsame Beratung zu konkreten Fällen, die außerhalb der täglichen Routinebesprechungen des Klinikalltags unter Beteiligung externer Teilnehmer stattfinden“ (Bundesärztekammer 2007). Der Unterschied zwischen Telekonsilen und Fallkonferenzen besteht zum einen darin, dass Telekonsile nicht auf bestimmte Behandlungen beschränkt sind, sondern eingesetzt werden, wenn zusätzliche externe medizinische Kompetenz für die Behandlung eines/einer Patient*in erforderlich ist. Der Unterschied zu Fallkonferenzen besteht zum anderen darin, dass Telekonsile zur Unterstützung einer konkreten medizinischen Behandlung durchgeführt werden und sie nicht für Fortbildungszwecke eingesetzt werden. Weiter dürften Telekonsile im Regelfall weniger Teilnehmer aufweisen als Fallkonferenzen.

In der nachfolgenden Tab. 1 erfolgt anhand der digitalen Maßnahmen und der jeweils Beteiligten eine Abgrenzung der verschiedenen digitalen Anwendungen.

Tab. 1: Abgrenzung von Telekonsilen gegenüber anderen digitalen Anwendungen

Maßnahme	Beteiligte		
	Anfordernde(r) Arzt/ Ärztin	Durchführende(r) Arzt/ Ärztin	Patient*in
Videosprechstunde		notwendig	notwendig
Telemonitoring/Telediagnostik/ Teletherapie	Nicht zwingend erforderlich	notwendig	notwendig
Telekonsil	notwendig	notwendig	Nur unter bestimmten Bedingungen

Quelle: eigene Darstellung

Auf der Basis dieser Unterscheidungen wird in diesem Gutachten die aus der Telekonsilienvereinbarung stammende Definition des Telekonsils herangezogen:

„Ein Telekonsilium wird in dieser Vereinbarung definiert als zeitgleiche bzw. zeitversetzte Kommunikation zwischen einem einholenden Arzt/Zahnarzt und einem Konsiliararzt/ Konsiliarzahnarzt mittels elektronischen Austausches der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung sowie der sonstigen, für die telekonsiliarische Beurteilung dieser medizinischen Fragestellung relevanten Patienteninformationen. Die Kommunikation umfasst sowohl die Übermittlung der Fragestellung sowie deren Beantwortung. Ein ausschließliches Telefonat stellt kein Telekonsilium im Sinne dieser Vereinbarung dar. Bei Bedarf kann das Telekonsilium auch in Anwesenheit des/der Patient*in stattfinden.“ (Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. 2020)

Für Telekonsile konstitutive Merkmale sind:

- „Das Telekonsil ist dadurch gekennzeichnet, dass stets ein behandelnder Arzt im unmittelbaren Patientenkontakt steht und einen weiteren, in der Regel spezialisierteren Kollegen zur weiteren Befundung oder Diagnostik hinzuzieht“ (Dierks 1999, S. 8).

Damit würden unter Telekonsile sowohl der Wissensaustausch zwischen Ärzt*innen der gleichen Fachrichtung, allerdings mit unterschiedlichen Kompetenzen und Fähigkeiten, als auch zwischen Ärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtung fallen.

In beiden Fällen reichen die im jeweiligen Facharztgebiet vorausgesetzten Fähigkeiten und die dort zu erwartenden Kenntnisse und Fertigkeiten nicht aus, um den/die Patient*in adäquat medizinisch zu versorgen. Telekonsile sind demnach nicht geboten in Fällen, die zum Standardrepertoire des jeweiligen Facharztgebietes gehören und bei denen keine darüberhinausgehenden komplexen medizinischen Fragestellung vorliegen.

- Durch ein Telekonsil werden räumliche sowie zeitliche Unterschiede überbrückt. Telekonsile können daher auch asynchron erfolgen. „Das asynchrone telemedizinische

Konsil, bei dem vom behandelnden Arzt multimediale Unterlagen des/der Patient*in zur späteren Beurteilung durch den Konsiliararzt bereitgestellt werden, ist mit dem Telekonsil vergleichbar. Ebenso vergleichbar ist auch der Zeitaufwand, da sowohl der konsultierende als auch der konsiliarisch tätig werdende Arzt Fragen und Befunde schriftlich formulieren muss. Im Unterschied zum Telekonsil entfällt bei dieser Methode jedoch der direkte Kontakt zwischen den Ärzten.“ (Gnann 2013)

Ein wesentlicher Punkt der Definition von Telekonsilen ist der Ausschluss von Telefonaten als entsprechende Leistung. Stattdessen erfolgt die Kommunikation zwischen den anfordernden und den durchführenden Ärzt*innen in einer gesicherten telemedizinischen Infrastruktur, um die berechtigten Datenschutzinteressen des/der Patient*in zu gewährleisten. Die dafür erforderlichen technischen Voraussetzungen sind ausschließlich von Anbietern zu nutzen, die die gesetzlichen Regelungen einhalten.

2.2 Kosten von Telekonsilen

Ohne die Investitionskosten einzuschließen, verursachen Telekonsile sowohl bei den anfordernden als auch bei den durchführenden Krankenhäusern Kosten. Dass den durchführenden Krankenhäusern durch die Befassung ihrer Ärzt*innen mit dem Behandlungsfall und der Durchführung des Telekonsils (Personal-) Kosten entstehen, ist unmittelbar einsichtig.

Aber auch den Krankenhäusern, deren Ärzt*innen Telekonsile anfordern, entstehen zusätzliche Kosten. Dies kann anhand der Telekonsilien-Vereinbarung gezeigt werden. Diese dreiseitige Vereinbarung regelt u. a. die erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen für ein Telekonsil zwischen einem Vertragsarzt/ Vertragsärztin und einem Krankenhausarzt/ Krankenhausärztin. Es ist nicht davon auszugehen, dass Telekonsile zwischen Krankenhäusern mit geringeren Voraussetzungen auskommen.

Vertragsärzt*innen, die untereinander ein Telekonsil durchführen, müssen patientenbezogene Daten, die im Überweisungsformular („Muster 6 gemäß den Vorgaben der Anlage 2b zum BMV-Ä“) enthalten sind, sowie weitere Daten digital übermitteln. Erfolgt der Weg des Konsils von Vertragsarzt/ Vertragsärztin zu Krankenhaus, dann gibt § 3 Abs. 2 vor, welche Daten grundsätzlich zu übermitteln sind. Dabei sind die Vorgaben für den auftraggebenden Vertragsarzt/ Vertragsärztin ausgewiesen, nicht aber für das Krankenhaus als Beantworter des Telekonsils.

Nicht geregelt ist dagegen, welche Daten zu übermitteln sind, wenn ein Telekonsil zwischen zwei Krankenhäusern erfolgt. Denkbar wäre eine Übertragung der Regelungen, die für ein Telekonsil zwischen einholendem Vertragsarzt/ Vertragsärztin und beantwortenden Krankenhausarzt/ Krankenhausärztin gelten, auch auf die Konstellation zwischen zwei

Krankenhausärzt*innen. Es würde dann gleichfalls § 3 Abs. 2 der Telekonsilien-Vereinbarung gelten. Der Krankenhausarzt/ Krankenhausärztin, der ein Telekonsil anfordert, müsste dann folgende Daten an den durchführenden Krankenhausarzt/ Krankenhausärztin übermitteln: „Die Einholung eines Telekonsiliums setzt die Übermittlung der für die medizinische Fragestellung relevanten Patienteninformationen voraus. Im Rahmen der Fragestellung müssen mindestens die folgenden Angaben übermittelt werden:

- a. Datum,
- b. Daten des einholenden Arztes/Zahnarztes (Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon, Emailadresse, Arztnummer),
- c. Daten des Konsiliararztes (Name, Vorname) bzw. Bezeichnung der konsiliarischen Fachrichtung eines Krankenhauses,
- d. Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer, Geschlecht),
- e. Diagnose/Verdachtsdiagnose,
- f. Medikation (falls vorhanden),
- g. Auftrag,
- h. Frist zur Beantwortung.“ (Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. 2020)

Die entsprechenden Angaben müssen zusammengestellt, in eine der digitalen Übertragung konformen Weise transformiert und dann übermittelt werden.

Damit sind die Pflichten des einholenden Arztes/ Ärztin jedoch noch nicht abschließend beschrieben. Hinzu kommt noch: „Der das Telekonsilium einholende Arzt/Zahnarzt stellt sicher, dass sowohl die elektronisch ausgetauschten patientenbezogenen Unterlagen als auch die Erst- und die telekonsiliarische Zweitbeurteilung zusammenhängend bezogen auf den/die Patient*in elektronisch dokumentiert und archiviert werden“ (Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. 2020).

Schließlich entstehen laufende Kosten für die Nutzung der Verfahren für die Datenübermittlung. Für die Datenübermittlung dürfen nur Verfahren verwendet werden, die entweder als sogenannte sichere Verfahren im Sinne des § 291b Abs. 1e SGB V oder als weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens gemäß § 291b Abs. 1b SGB V i. V. m. § 291a Abs. 7 Satz 3 von der gematik bestätigt wurden (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2016b).

Durch Telekonsile entstehen somit sowohl dem anfordernden als auch dem ausführenden Krankenhaus Kosten. Diese laufenden Kosten müssen über eine entsprechende Vergütung

refinanziert werden. Das entspricht auch dem Verfahren, was im vertragsärztlichen Bereich praktiziert wird (vgl. Kapitel 4.2).

Wenn im weiteren Verlauf von Vergütung für Telekonsile gesprochen wird, so ist immer eine Vergütung für das erbringende und das ausführende Krankenhaus gemeint.

3 Telekonsile und der Innovationsfonds

Die Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf eine verstärkte Digitalisierung zeigt sich aber nicht nur an der Gesetzgebung. Sie zeigt sich auch daran, dass in den letzten Jahren vielfach eine finanzielle Förderung von wissenschaftlichen Untersuchungen von praktischen Anwendungen der Digitalisierung erfolgt ist. Hierzu wird der sogenannte Innovationsfonds genutzt.

Ziel des Innovationsfonds ist die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde dazu der Auftrag erteilt, „neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, zu fördern“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021y).

Zu den geförderten Projekten zählen auch 19 Forschungsvorhaben, die telekonsilärztliche Leistungen beinhalten. Das Fördervolumen dieser Projekte beträgt insgesamt ca. 95 Mio. Euro. Zur Veranschaulichung der Vielfalt der telemedizinischen Leistungen und möglicher Anwendungsbereiche im Krankenhausbereich wird im Folgenden über diese Forschungsvorhaben berichtet. Da die Projekte weder in die Regelversorgung überführt wurden noch in der Regelfinanzierung enthalten sind, wird insbesondere auf empfohlene Finanzierungsmöglichkeiten hingewiesen, insofern für das jeweilige Projekt bereits der Beschluss des G-BAs und der Endbericht vorliegen. Insofern können diese Forschungsvorhaben wertvolle Hinweise für die Ausgestaltung der Telekonsile im stationären Bereich bieten.

3.1 Projektübersicht

ANNOTeM

Akut-Neurologische Versorgung in Nord- Ost-Deutschland mit TeleMedizinischer Unterstützung (ANNOTeM) ist eine neue Versorgungsform im Bereich der neurologischen Akutkrankheiten in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Es wird das Ziel verfolgt, die neurologische Akutversorgung, z. B. bei Schlaganfällen, speziell in ländlichen Räumen zu verbessern. Im Projekt ANNOTeM wird das Konzept der telemedizinischen Zentren zusätzlich auf andere neurologische Notfallerkrankungen ausgeweitet. Das neue Versorgungsmodell umfasst somit neben der Einrichtung spezialisierter Behandlungseinheiten für neurologische Akuterkrankungen mit elektronischen Übertragungsmöglichkeiten und fachübergreifenden Teams eine standardisierte Notfalldiagnostik für neurologische Akuterkrankungen sowie die telemedizinische Vernetzung durch einen Telekonsilendienst rund um die Uhr. Patient*innen in Krankenhäusern/Regionen ohne neurologische Versorgung (Stroke Units) werden dabei von neurologischen Fachärzt*innen aus überregionalen Versorgungszentren telekonsiliarisch

untersucht. Übrige, für die weitere differentialdiagnostische Abklärung wichtige Parameter (Laborergebnisse, Vitalparameter, EKG-Befunde) werden gemeinsam mit den radiologischen Bildmaterialien (CT/MRT) von konsultierender Seite generiert und über die Netzwerkverbindung zugänglich gemacht. Die radiologische Befundung erfolgt entweder direkt vor Ort oder ebenfalls teleradiologisch. In Abhängigkeit von der Diagnose ist nach Erhalt aller therapie relevanten Ergebnisse eine unverzügliche Therapie möglich (z. B. systemische Thrombolyse bei ischämischem Schlaganfall ohne höhergradigen Gefäßverschluss) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021a; ANNOTeM 2021).

ERIC

„Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC)“ beschreibt eine neue Versorgungsform in der Intensivmedizin, bei der Intensivpatient*innen telemedizinisch behandelt und in einem angeschlossenen „Case-Care Management“ versorgt werden (Adrian et al. 2020). Ziel ist die Verhinderung von post-intensivmedizinischen Langzeitfolgen, wie z. B. Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten, psychischen Gesundheit oder Mobilität (Paul et al. 2020).

Im Mittelpunkt steht dabei die Implementierung der Qualitätsindikatoren der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (U.S. National Library of Medicine 2021; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) 2021).

Ein telemedizinisches Zentrum bildet dabei eine zentral aufgebaute E-Health-Plattform. Neben der automatischen Erhebung und Auswertung der Qualitätsindikatoren dient die Plattform auch der Vernetzung von akut stationären und poststationären Versorgungseinrichtungen wie Reha-Zentren oder Hausarzt*innen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021f).

ERIC hat sich als hocheffektiv in Bezug auf eine verbesserte Behandlungsqualität in der Akutphase der intensivmedizinischen Versorgung gezeigt. Die telemedizinische Visite als komplexe Intervention ist mit einer klinisch deutlich verbesserten Einhaltung der untersuchten Qualitätsindikatoren (QIs) verbunden. Statistische Signifikanz wurde bei allen bis auf einen QI, der bereits vor Implementierung eine exzellente Adhärenz aufwies, erreicht. Es gibt bislang keine publizierte Intervention, die sich in vergleichbarem Umfang auf die intensivmedizinische Prozessqualität auswirkt, wie die in ERIC durchgeführte telemedizinische Visite. 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 Interventions- und Kontrollgruppe (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022b, 2022a).

Am 21. Januar 2021 hat der Innovationsausschuss des G-BAs eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen. Unter anderem sollen die im Projekt

erzielten Erkenntnisse an die DKG gesendet werden mit der Bitte um Prüfung, inwieweit telemedizinische Telekonsile zwischen Krankenhäusern sachgerecht vergütet werden und ob bei den bestehenden Entgeltkatalogen Handlungsbedarf besteht (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022a). Konkrete Finanzierungsmöglichkeiten der neuen Versorgungsform im Rahmen der Regelversorgung werden jedoch nicht aufgezeigt.

Herz-Check

Herz-Check ist eine neue Versorgungsform in der Kardiologie in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Das Ziel besteht darin, Personen mit asymptomatischer Herzinsuffizienz in strukturschwachen Regionen frühzeitig zu identifizieren und einer leitliniengerechten Therapie zuzuführen. Dazu werden mobile MRT-Trailer zur Herz-Diagnostik an regionalen Kliniken oder ambulanten Einrichtungen aufgestellt und von medizinischem Personal begleitet, das die MRT-Untersuchung durchführt. Hierbei erfolgt die Messung des neuen Parameters GLS (Globaler longitudinaler Strain), welcher eine sehr genaue, vom Untersucher unabhängige Beurteilung der linksventrikulären Funktion erlaubt. Die fachärztliche Überwachung und Betreuung erfolgt telemedizinisch unter dem Einsatz modernster Technologien. Die Untersuchungsdaten werden unter Beobachtung an einen kardiologischen Facharzt*in des Deutschen Herzzentrums Berlin gesendet. Die Befunde werden den Teilnehmern sowie ihren Ärzt*innen zugeschickt. Die behandelnden Ärzt*innen erhalten mit dem Befund auch Empfehlungen für die weitere Behandlung ihrer Patient*innen. Für medizinische Rückfragen stehen den behandelnden Ärzt*innen die kardiologischen Expert*innen des Herz- und Gefäßzentrums Bad Bevensen als Ansprechpartner*innen zur Verfügung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021g; Deutsches Herzzentrum Berlin 2021).

KOMPASS D2

Komplikations-Management und Prävention im Ambulanten und Stationären Sektor – Demenz & Delir (KOMPASS D2) ist eine neue Versorgungsform im Bereich der Versorgung älterer Patient*innen, bei der das Ziel verfolgt wird, durch gezielte Delirpräventionsangebote sowie Delirmanagementmaßnahmen die Delirrate nach stationären Aufenthalten zu verringern. Die Maßnahmen beinhalten u. a. eine besondere stationäre und poststationäre Betreuung durch geschulte Pflegekräfte, eine Optimierung der pharmazeutischen Versorgung und regelmäßige telemedizinische Konsile durch ein inter- und multidisziplinäres Team. Dieses besteht aus Ärzt*innen, klinischen Pharmazeut*innen sowie Pflegekräften und -wissenschaftler*innen. Die beteiligten Kliniken bauen ein telemedizinisches Netzwerk auf, in dem sie z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen ihre Expertise hinsichtlich auftretender Delir-Symptome austauschen und Risikopatient*innen gemeinsam ortsübergreifend betreuen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021h; Universitätsklinikum Münster 2021b).

NeTKoH

Neurologisches Telekonsil mit Hausärzt*innen (NeTKoH) ist eine neue Versorgungsform in der strukturschwachen Region Vorpommern, bei der durch eine telemedizinische Vernetzung zwischen der Universitätsmedizin Greifswald und rund 40 hausärztlichen Praxen die neurologische Versorgung von Patient*innen verbessert werden soll. Die Neurologie Greifswald bietet dafür zu den regulären Sprechstundenzeiten eine sofort erreichbare fachärztliche Konsultationsmöglichkeit an. Die Wartezeit auf eine fachärztliche Beurteilung soll durch die telemedizinische Vernetzung verkürzt, nicht notwendige Untersuchungen und stationäre Einweisungen vermieden sowie die Diagnose schneller gestellt werden. Somit soll die Versorgungsqualität der Patient*innen in der Hausarztpraxis verbessert, Abläufe in den Praxen optimiert und fachärztliche Versorgungslücken geschlossen werden. Die „Lotsenfunktion“ der Hausärzt*innen wird dadurch gestärkt (Universitätsmedizin Greifswald 2021; Gemeinsamer Bundesausschuss 2021i).

Nieren Tx360°

„Nieren Tx360“ beschreibt eine neue Versorgungsform in der Transplantationsmedizin, bei der die Bedingungen der Nachsorge bei Nierentransplantationen im Hinblick auf ein möglichst langes Patienten- und Transplantatüberleben und eine Reduktion von stationär behandlungsbedürftigen Komplikationen optimiert werden (Medizinische Hochschule Hannover 2021c). Geleitet wird das für Versicherte der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Niedersachsen und weiterer, beigetretener Krankenkassen der AOK zugängliche Projekt von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) (Medizinische Hochschule Hannover et al. 2017).

Das Nachsorgemodell umfasst

- eine elektronische Fallakte (eFA) und telemedizinische Plattform für Video-basierte telemedizinische Visiten, Untersuchungen und Behandlungen;
- Fallmanagement und Koordination der Nachsorge über die eingerichteten Koordinationsstellen;
- wöchentliche Fallkonferenzen in den NTx-Zentren und jährliche Qualitätszirkel aller beteiligten Leistungserbringer;
- psychosomatisch-psychosoziale Risiko-Assessments und telemedizinische Adhärenz-Coachings sowie
- ein weiterführendes, kardiovaskuläres Assessment und eine telemedizinisch begleitete Trainingstherapie (Medizinische Hochschule Hannover 2021b).

Weiterhin werden aus ökonomischer Perspektive durch die Verringerung des Transplantatverlustrisikos und bei den vermiedenen Dialysekosten sowie stationären Aufenthalten deutliche Einsparungen erwartet (Medizinische Hochschule Hannover 2021c).

Die Finanzierung erfolgt nach dem im Rahmen von § 140a SGB V zwischen der MHH, der AOK Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Niedersachsen vereinbarten Vertrag. Die Vergütung und Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen grundsätzlich nach Maßgabe des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und des Regelleistungsvolumens, bestehender Sonderverträge und des jeweils gültigen Honorarvertrages (Medizinische Hochschule Hannover et al. 2017).

OnkoRisk NET

OnkoRisk NET ist eine neue Versorgungsform in der Onkologie, bei der die humangenetisch-onkologische Regelversorgung in strukturschwachen Regionen in Niedersachsen und Sachsen verbessert werden soll. Dieses Ziel soll durch die Schaffung eines Kooperationsnetzwerks niedergelassener Onkolog*innen sowie Fachärzt*innen für Humangenetik, die Erarbeitung strukturierter Behandlungspfade und den Einsatz telemedizinischer genetischer Beratung, z. B. Unterstützung bei der Indikationsstellung und Befund-Interpretation, erreicht werden (Medizinische Hochschule Hannover 2021a; Gemeinsamer Bundesausschuss 2021j).

Optimal@NRW

Optimal@NRW ist eine neue Versorgungsform in der Geriatrie, bei der die Akutversorgung pflegebedürftiger geriatrischer Patient*innen in Altenpflegeheimen in der Region Aachen durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk optimiert und inadäquate Krankenhauseinweisungen vermieden werden soll. Dieser Ansatz umfasst die Implementierung von Frühwarnsystemen, die Ausstattung mit Telekonsultationssystemen und die sektorenübergreifende digitale Behandlungsdokumentation in den teilnehmenden Pflegeheimen. Die aktuell geplanten Änderungen in der Notfallversorgung wurden aufgegriffen und um einen „virtuellen digitalen Tresen“, welcher seitens der Uniklinik RWTH Aachen gemeinsam mit der KV Nordrhein rund um die Uhr betrieben wird, erweitert. Konkret bedeutet dies, dass bei Auftreten einer medizinischen Fragestellung, in einem der teilnehmenden Pflegeheime, über die Arztrufzentrale (116 117) nach einer medizinischen Ersteinschätzung eine Telekonsultation mit dem virtuellen Tresen durchgeführt werden kann, oder andere Hilfestellungen organisiert werden. Insbesondere, wenn der Hausarzt/ die Hausärztin zu diesem Zeitpunkt nicht verfügbar ist und es sich nicht um eine akute Situation handelt, können mobile Nicht-ärztliche Praxisassistent*innen mit Zusatzaufgaben NÄPa(Z), das Personal vor Ort unterstützen und ärztlich delegierbare Leistungen im Rahmen von Pflegeheimbesuchen erbringen (Universitätsklinikum Aachen 2021; Gemeinsamer Bundesausschuss 2021v).

Parkinson AKTIV

Parkinson: Aktivierende Therapien im innovativen Versorgungsnetz (Parkinson AKTIV) ist eine neue Versorgungsform im Bereich der Neurologie, bei der durch den Aufbau einer

webbasierten Kommunikationsplattform der Austausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern optimiert werden soll, um eine individuell abgestimmte Behandlung unter Berücksichtigung einer aktivierenden Therapie zu ermöglichen. Mithilfe von Quickcards soll der Austausch der verschiedenen Berufsgruppen verbessert werden. Die Quickcards enthalten patientenrelevante Informationen sowie leitliniengerechte Therapieempfehlungen und werden allen Behandler*innen zugänglich gemacht. Diese Kommunikationsplattform wird mit dem bereits bestehenden, multidisziplinären Parkinsonnetz Münsterland+ verknüpft, in dem bereits eine Vielzahl von Expert*innen vernetzt sind. Bei Bedarf findet einmal im Quartal ein Telekonsil zwischen dem Neurologen und dem Therapeut*innen statt (Universitätsklinikum Münster 2021a; Gemeinsamer Bundesausschuss 2021k).

RTP-NET

Regionales Telepädiatrisches Netzwerk (RTP-NET) ist eine neue Versorgungsform im Bereich der Pädiatrie in Mecklenburg-Vorpommern und Nord-Brandenburg. Ziel ist es, die regionale pädiatrische Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen zu unterstützen und zu verbessern. In einem telepädiatrischen Netzwerk wird unter anderem eine standardisierte Beurteilung der Behandlungsdringlichkeit von Kindern, die die Notaufnahme eines Krankenhauses ohne verfügbaren Kinderarzt/ Kinderärztin aufsuchen, bereitgestellt. Außerdem bietet RTP-NET eine Beratung zu spezialfachärztlichen Fragestellungen sowie Facharzthintergrundfunktion und Telekonsultation durch einen Telepädiater an, wenn die entsprechenden Fachärzt*innen zum Behandlungszeitpunkt vor Ort nicht verfügbar sind (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021n).

Rise-uP

„Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patient*innen (Rise-uP)“ beschreibt eine neue Versorgungsform mit Beteiligungen der AOK Bayern und der Technischen Universität München. Die Zielsetzung besteht darin, die bislang oft wenig effektive Behandlung von akuten und subakuten Rückenschmerzen zu verbessern. Dafür wurden die derzeit fragmentierten Strukturen bei der Behandlung von Rückenschmerzpatient*innen aufgehoben und Behandlungspfade entwickelt. Das Rise-uP-Behandlungskonzept basiert auf

- dem frühzeitigen Einsatz eines Assessment-Tools zur Messung des Chronifizierungsrisikos (STartBack-Fragebogen);
- einer Telemedizin-Vernetzungssoftware (Therapienavigator) mit elektronischer Dokumentation, Behandlungsvorschlägen und der Möglichkeit zum Austausch der verschiedenen Ärzt*innen zum Transfer aller Informationen sowie

- einer Medizin-App (Kaia) mit Übungen zur psychologischen Entspannung und Krankengymnastik zur körperlichen Ertüchtigung (inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH 2021; Gemeinsamer Bundesausschuss 2021m).

sekTOR-HF

Transsektorale bedarfsorientierte Versorgung von Patient*innen mit Herzinsuffizienz (sekTOR-HF) ist neue Versorgungsform in den Regionen Bayern und Hessen und hat das Ziel, die sektorenübergreifende, bedarfsorientierte Versorgung von Patient*innen mit Herzinsuffizienz zu verbessern. Durch eine neue Kommunikations- und Koordinierungsstrategie sollen die Sterblichkeit der Patient*innen, unnötige Krankenhausaufenthalte reduziert, Wiederaufnahmen durch eine nach-stationäre Betreuung vermieden sowie die Lebensqualität der Patient*innen gesteigert werden. SekTOR-HF basiert auf einer fachärztlichen Netzwerkstelle, die kontinuierlich Patient*innen mit Herzinsuffizienz aller Schweregrade überwacht und übernimmt die Navigation der Patient*innen sowie gleichzeitig die Steuerung der Ressourcen. Die Abstimmung mit Haus- und Fachärzt*innen, Klinik und weiteren Gesundheitsdienstleistern erfolgt über eine telemedizinische Plattform, ein gemeinsam genutztes e-Health-Portal. Hierüber werden relevante Informationen erfasst und in Form einer elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt. Bei Bedarf übermittelt die Netzwerkstelle darüber hinaus individuelle Behandlungsempfehlungen direkt an die Leistungserbringer und initiiert bei Auffälligkeiten im Monitoring rasch passgenaue Maßnahmen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021o; Zentrum für Telemedizin BAd Kissingen 2021).

Ein weiteres Ziel besteht in der Entwicklung eines neuen sektorübergreifenden Vergütungsmodells, das Anreize für eine kosteneffiziente Versorgung setzt. Das Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) wird dafür eine theoretische und empirische Analyse zu verschiedenen internationalen sektorenübergreifenden Vergütungsmodellen, wie z. B. Bundled Payments, durchführen. Dies geschieht im Austausch mit internationalen Expert*innen, die Erfahrungen zu bereits existierenden Modellen einbringen. Die im Projekt erhobenen Daten der teilnehmenden Herzinsuffizienzpatient*innen machen es anschließend möglich, verschiedene Modelle im Hinblick auf Anreize, Ressourcenverbrauch und Übertragbarkeit auf den deutschen Kontext zu untersuchen (Institut für angewandte Versorgungsforschung 2021).

SLEEP WELL

SLEEP WELL ist eine neue Versorgungsform in der Schlafmedizin, die das Ziel hat, die Versorgungssituation von Patient*innen mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA) durch Telemedizin zu verbessern und die Lebensqualität dieser Patient*innen zu erhöhen. Dabei werden Haus- und Fachärzt*innen telemedizinisch durch Expert*innen der Schlafmedizin in der

Diagnosestellung von potenziellen OSA-Patient*innen unterstützt, wodurch ebenfalls die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzt*innen sowie Schlafmedizinern verbessert werden soll. Zudem kann die Behandlung bei geeigneten Patient*innen zuhause statt im Schlaflabor eingeleitet und insgesamt die Therapietreue gesteigert werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021p).

TANNE

Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit (TANNE) ist eine neue Versorgungsform in der Neuro-Palliativmedizin mit dem Ziel, die Qualität der pflegerischen und medizinischen Palliativversorgung von Patient*innen mit neurologischen Erkrankungen durch die Verfügbarkeit von telemedizinisch fachneurologischer Expertise zu verbessern. Durch ein telemedizinisches Netzwerk von stationären und ambulanten Einrichtungen soll auch schwerstkranken Menschen in der ambulanten Versorgung und in Hospizen eine audiovisuelle telemedizinische Konsultation zugänglich gemacht werden. Das Fachzentrum stellt hierbei die Neurologie des Krankenhauses Agatharied in Hausham dar. Der/Die neurologische Fachärzt*in kann so die in den SAPV-Teams und Hospizen tätigen Behandler*in anleiten, Untersuchungen am Bildschirm verfolgen und Behandlungsvorschläge direkt mit dem SAPV-Team oder dem/der betreuenden Ärzt*in besprechen. Durch eine 24/7 Erreichbarkeit können beim Auftreten von Problemen auch Notfallkonsile stattfinden. Außerdem unterstützt das Telemedizinzentrum bei apparativen Problemen, wie zum Beispiel bei Einstellung der Heimbeatmung, bei Befüllung einer Baclofenpumpe oder einer Schmerzpumpe, sowie bei der Regulierung einer Apomorphinpumpe oder Duodopapumpe. Ebenso besteht für die anwesenden Angehörigen der Patient*innen die Möglichkeit eines Expertengesprächs. Des Weiteren gibt das Telemedizinzentrum Hilfestellung bei Therapiezieländerungen (Krankenhaus Agatharied GmbH 2021a, 2021b; Gemeinsamer Bundesausschuss 2021q).

TeleDermatologie

TeleDermatologie ist eine neue Versorgungsform in der Allgemeinmedizin bzw. Dermatologie mit dem Ziel, die Versorgung von Patient*innen mit Hauterkrankungen durch multidisziplinäre, sektorenübergreifende und digitale Versorgungsstrukturen zu verbessern und den Mangel an dermatologischen Fachärzt*innen in strukturschwachen Gebieten in Mecklenburg-Vorpommern auszugleichen. Dazu wurde ein telemedizinisches Konsil zwischen Hausärzt*innen und Fachärzt*innen etabliert. Die teilnehmenden Ärzt*innen nutzen dafür eine App, die Veränderungen der Haut abbildet. Anschließend leiten sie die Daten an die Dermatologie der Universitätsmedizin Greifswald oder an kooperierende niedergelassene Dermatolog*innen weiter. Von diesen erhalten sie über die App anschließend eine konsiliarische Empfehlung zur weiteren Behandlung ihrer Patient*innen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021s; Techniker Krankenkasse 2021).

TELEDerm

„TELEDerm“ beschreibt eine neue Versorgungsform in der Allgemeinmedizin bzw. Dermatologie, bei der die Versorgung von Patient*innen mit dermatologischen Beschwerden im Rahmen der hausärztlichen Versorgung durch telemedizinische Konsile verbessert werden soll. Über ein teledermatologisches Konsilsystem, welches in 50 ausgewählten Hausarztpraxen in Baden-Württemberg implementiert wurde, werden Informationen wie beispielsweise Bildmaterial und ergänzende anamnetische Patientenangaben übermittelt, die anschließend durch Dermatolog*innen gesichtet und bewertet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021r). Zusammen mit der Diagnose werden dann Therapieempfehlungen über das Telekonsilsystem zurückgemeldet. Der telemedizinische Austausch erfolgt dabei asynchron innerhalb von zwei Werktagen (BIOPRO Baden-Württemberg GmbH 2021).

Das dermatologische Telekonsilsystem konnte erfolgreich implementiert werden. Die Prozessevaluation zeigte eine insgesamt gute Akzeptanz der neuen Versorgungsform sowohl bei Patient*innen als auch bei Ärzt*innen. Gleichzeitig bewerteten Ärzt*innen den Telekonsilprozess als aufwendig. Für die Interventionsgruppe konnten weder für den primären Endpunkt (Anzahl hausärztlicher Überweisungen an dermatologische Fachärzt*innen) noch hinsichtlich der Kosten signifikante Vorteile der neuen Versorgungsform gegenüber der Kontrollgruppe gezeigt werden. Die Validität der Ergebnisse ist aufgrund eines wahrscheinlichen Selektionsbias durch die freiwillige Teilnahme der Ärzt*innen an der neuen Versorgungsform und einer begrenzten Abbildbarkeit des primären Endpunkts im genutzten Datensatz stark eingeschränkt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021d).

Eine Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform wurde daher vom Innovationsausschuss des G-BAs nicht ausgesprochen. Aufgrund der positiven Teilergebnisse hinsichtlich der Umsetzbarkeit dermatologischer Telekonsile wurde jedoch beschlossen, die Ergebnisse an die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, die Kassenärztlichen Vereinigungen, den Berufsverband der Deutschen Dermatologen, die Deutsche Dermatologische Gesellschaft sowie die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin weiterzuleiten. Die genannten Institutionen wurden gebeten, basierend auf den Erkenntnissen des Projekts zu prüfen, ob die Erkenntnisse aus dem Projekt sinnvoll bei (Weiter-)Entwicklung ähnlicher Versorgungsansätze berücksichtigt werden können. Die Ergebnisse sollen mit Blick auf die enthaltenen Projektaktivitäten zur technischen Interoperabilität von Telekonsilsystemen und Praxisverwaltungssystemen außerdem zur Kenntnis an die gematik weitergeleitet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021d).

TELE-KASPER

TELEmedizinisches Kompetenznetzwerk „Antibiotic Stewardship in PEdiatRics“ ist eine neue Versorgungsform in der Pädiatrie, bei der die Versorgung von Kindern in nicht-universitären

Kinderkliniken im Hinblick auf einen kontrollierteren Einsatz von Antibiotika in Krankenhäusern optimiert werden soll, um langfristig Antibiotika-Resistenzen einzudämmen. Konkret soll der Einsatz von Antibiotika bei Kindern um mindestens 20 % verringert sowie individuelle Antibiotikatherapien von Kindern im Hinblick auf Auswahl und Dosierung der zu verabreichenden Substanz optimiert werden. Vier Universitätskliniken fungieren dabei als sogenannte „Hubs“ (Zentren) für umliegende nicht-universitäre Kinderkliniken und Krankenhäuser mit Kinderstationen. Über ein infektiologisches Netzwerk, das mittels Telemedizin und einer App (Web-App) als zentrales Kommunikationsmittel dient, stehen diese den Kinderärzt*innen der teilnehmenden umliegenden Krankenhäuser unterstützend zur Seite. Über die App können gezielt Anfragen gestellt oder Patientenfälle geschildert werden, die dann per Kurznachricht oder auch per Video-Fallkonferenz in Form eines telemedizinischen Konsils von den Expert*innen aus den Hubs beantwortet werden. Außerdem enthält die App einen Antiinfektiva-Leitfaden sowie ein Nachschlagewerk für Ärzt*innen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021t; Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München 2021).

TELnet@NRW

„TELnet@NRW“ beschreibt eine neue Versorgungsform, bei der durch den Aufbau eines telemedizinischen Gesundheitsnetzwerks als Qualitätsnetzwerk Haus-, Fach- und Krankenhausärzt*innen in den Bereichen Infektiologie und Intensivmedizin sektorenübergreifend miteinander vernetzt werden. Hierdurch soll die Expertise von Infektionsspezialisten und Intensivmedizinern großer Universitätskliniken ortsunabhängig, rund um die Uhr, in jedem Krankenhaus für Patient*innen wohnortnah verfügbar sein und die messbare, leitliniengerechte Behandlungsqualität in den o. g. Fachbereichen verbessert werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021v).

Insgesamt deuten die Projektergebnisse darauf hin, dass die intersektoralen telemedizinischen Anwendungen sowie die eingesetzten teleintensivmedizinischen Leistungen das Potenzial aufweisen, einen Beitrag zu einer zukunftsfähigen sektorenübergreifenden Versorgung zu leisten. Insbesondere ergaben sich im stationären Bereich bei der Behandlung gemäß den Therapieempfehlungen zur Behandlung von *Staphylococcus aureus*-Infektionen und bei der Behandlung schwerer Infektionen, sowie im ambulanten Bereich bei der Behandlung von unkomplizierten akuten oberen Atemwegsinfektionen und bei asymptomatischen Bakteriurien Hinweise auf eine Verbesserung in der Versorgung. Darüber hinaus zeigten sowohl Ärzt*innen als auch Patient*innen eine hohe Akzeptanz der durchgeführten Televisiten und -konsilen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021c).

Da das SGB V sektorenübergreifende Versorgungs- und Vergütungssysteme nur unzureichend abbildet, stellt sich sowohl hinsichtlich des sektorübergreifenden Behandlungsmanagements selbst als auch mit Blick auf die flankierenden Vernetzungsstrukturen die Frage

einer möglichen Finanzierungsbasis der einzelnen Leistungserbringer im Rahmen der Regelversorgung. Da die Leistungen der „Expertenzentren Intensivmedizin und Infektiologie“ in die Logik der Zentrumsfinanzierung gemäß § 17b Abs. 1a KHG resp. § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG passen, ist ein krankenhausspezifischer Zuschlag in Abhängigkeit von Art und Umfang der besonderen Aufgabe, der durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbart wird, denkbar. In Bezug auf die Aufwände der konsilnehmenden Arztpraxen wird eine Überprüfung der Aufnahme von Telekonsilen in die Infektiologie gemäß § 87 Abs. 2 a SGB V durch den Bewertungsausschuss empfohlen. Aus Sicht des Innovationsausschusses des G-BA handelt es sich bei den Telekonsilen in der Infektiologie um eine neue, besonders förderungswürdige telemedizinische und interdisziplinäre Leistung, welche durch Beschlusslage des Bewertungsausschusses für mindestens zwei Jahre von den Krankenkassen extrabudgetär finanziert werden sollte. Hinsichtlich der Aufwände der konsilnehmenden Krankenhäuser wird seitens des Konsortiums eine Prüfung einer Ergänzung des Entgeltkataloges um telemedizinische Leistungen für konsilnehmende Krankenhäuser (Zusatzentgelt) empfohlen. Darüber hinaus wird eine Verstetigung der Strukturförderung durch die Länder, welche auf die IT-Sicherheit, die Vernetzung, die Zentrenbildung, die (integrierte) Notfallversorgung und die Ausbildung in der pflegerischen Versorgung ausgerichtet ist, als sachgerecht erachtet (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020a).

Die Projektergebnisse sollen daher im nächsten Schritt an den Unterausschuss Bedarfsplanung, an den GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft 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) weitergeleitet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021c).

Telenotarzt Bayern

„Telenotarzt Bayern“ beschreibt eine neue Versorgungsform, bei der die Notfallrettung in einem ländlichen strukturierten Versorgungsgebiet durch eine/n synchron tätige/n Telenotärzt*in (TNA), welcher das Rettungsdienstpersonal bei Einsätzen aus der Ferne bei Diagnosestellung und Erstbehandlung unterstützt, optimiert wird. Beispielsweise kann er so dazu beitragen, dass notwendige Behandlungen früher beginnen und kritische Zeitfenster bis zur klinischen Intervention reduziert werden. Zusätzlich kann durch die „Zweitmeinung“ des TNAs und die unmittelbare Kommunikation mit der aufnehmenden Klinik die Patientensicherheit ressourcenschonend optimiert werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021u).

Insgesamt zeigen die Projektergebnisse, dass das Konzept des TNA das Potenzial hat, einen wesentlichen Beitrag zu einer zukunftsfähigen Notfallversorgung zu leisten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021e). Die wissenschaftliche Evaluation zeigte eine signifikante

Verbesserung einiger Versorgungsstrukturparameter seit Etablierung des TNA-Konzepts. So waren beispielweise die Notarztbindung als auch das Reaktionszeitintervall von Notärzt*innen in ländlichen Regionen seit Einführung des TNA-Konzepts signifikant kürzer. Darüber hinaus wurde ein Anstieg des Anteils von Einsätzen mit eingehaltener Prähospitalzeit bei den Tracer-Diagnosen „Akutes Koronarsystem“, „HerzKreislaufstillstand“ und „Polytrauma“ beobachtet. Weiterhin hat sich der Einsatz des TNA-Konzepts trotz ungenügender Netzabdeckung in einigen Regionen Deutschlands als umsetzbar erwiesen (Gemeinsamer Bundesausschuss o. A.).

Auf Basis des Ergebnisberichts hat der bayerische Ministerrat die landesweite Einführung eines TNA-Konzeptes für den Freistaat Bayern beschlossen. Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialversicherungsträger in Bayern hat erklärt, die Finanzierung bei Vorliegen der Gesetzesgrundlage als rettungsdienstliche Aufgabe/Leistung gemäß BayRDG zu tragen (Gemeinsamer Bundesausschuss o. A.). Neben der gesetzlichen Verankerung in den Rettungsdienstgesetzen wird ein Vergütungsmodell für Telenotarztssysteme, welches mit den Kostenträgern verhandelt werden soll, gefordert. Der gewünschte Effekt, die Ressource Notärzt*in für die relevanten, vital bedrohlichen Einsätze frei zu haben, kann mit einer Reduktion der Einsatzfrequenz und Gesamteinsatzzahl bei den Notärzt*innen einhergehen. Es sollte daher geprüft werden, inwieweit die Vergütungsmodelle der Notärzt*innen dieser Entwicklung Rechnung tragen und ggf. der einsatzbezogene Anteil entsprechend angepasst wird (Koncz et al. 2019). Abgesehen hiervon wurden die Gesundheitsministerien der anderen Länder gebeten, auf Basis der Erkenntnisse aus dem Projekt zu prüfen, ob die Etablierung eines TNA-Konzepts im jeweiligen Bundesland sinnvoll ist und, ob in diesem Zusammenhang eine Reform der bestehenden rettungsdienstlichen Gesetze auf Landesebene notwendig ist (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021e).

3.2 Zwischenfazit Innovationsfonds-Projekte

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die beschriebenen Innovationsfonds-Projekte mit Bezug zur Telemedizin bzw. Telekonsilen auf folgende Fachbereiche beziehen:

- Allgemeinmedizin
- Dermatologie
- Geriatrie
- Infektiologie
- Intensivmedizin
- Kardiologie
- Neurologie
- Notfallmedizin

- Onkologie
- Palliativmedizin
- Schlafmedizin
- Schmerzmedizin
- Transplantationsmedizin.

Diese Vielzahl an Fachbereichen zeigt die Fülle der Anwendungsbereiche der Telemedizin. Erkennbar wird gleichfalls die große Bandbreite von (eher) einfachen bis hin zu sehr komplexen Leistungen. Die Ergebnisse der bisher abgeschlossenen Projekte ERIC, TELnet@NRW und Telenotarzt Bayern zeigen das Potenzial, welches mit der Integration von telemedizinischen bzw. telekonsiliarischen Leistungen in die medizinische Versorgung einhergeht. Hieraus kann auch die hohe Relevanz einer Vergütungsregelung dieser Leistungen, so wie sie im ambulanten Bereich bereits implementiert wurde, abgeleitet werden, damit die neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung übernommen und allen potenziellen Patient*innen zugänglich gemacht werden können.

Da die Innovationsfonds-Projekte im Rahmen der Projektlaufzeit aus den Mitteln des Innovationsfonds finanziert werden und die Beschlüsse des G-BA in erster Linie auf eine Beurteilung des medizinischen Nutzens und des Potenzials der neuen Versorgungsformen für die Regelversorgung abzielen, existieren kaum Informationen oder Empfehlungen bzgl. einer möglichen Finanzierung der telekonsiliarischen Leistungen zwischen den beteiligten Krankenhäusern während der Projektlaufzeit und nach Abschluss der Projekte. Im Beschlusstext des Projekts ERIC wird beispielsweise auf den Prüfauftrag der DKG verwiesen, der in diesem Gutachten abgebildet wird. Für die neue Versorgungsform des Projekts Telenotarzt Bayern soll ein neues Vergütungsmodell verhandelt werden. Da dieses jedoch noch nicht konkret skizziert wurde und die Finanzierung zudem über die rettungsdienstlichen Entgelte erfolgen soll, können aus diesem Projekt jedoch keine weiteren Rückschlüsse für dieses Gutachten gezogen werden.

Die Ergebnisse des Projekts TELnet@NRW und der entsprechende Beschluss des G-BAs weisen hingegen konkrete Handlungsempfehlungen in Bezug auf die Finanzierung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern in die Regelversorgung auf. Es findet eine eindeutige Differenzierung der konsilbeauftragenden Krankenhäuser und konsildurchführenden Krankenhäuser statt. Da die Leistungen der konsildurchführenden Expertenzentren in die Logik der Zentrumsfinanzierung gemäß § 17b Abs. 1a KHG resp. § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG passen, ist ein krankenhausspezifischer Zuschlag in Abhängigkeit von Art und Umfang der besonderen Aufgabe, der durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbart wird, in Betracht gezogen. Zum einen wird eine extrabudgetäre Finanzierung durch die Krankenkassen für mindestens zwei Jahre gefordert. In Kapitel 8.4.1 werden die

Zentrumszuschläge daher näher betrachtet und bewertet. Hinsichtlich der Aufwände der konsilnehmenden Krankenhäuser wird seitens des Konsortiums eine Prüfung einer Ergänzung des Entgeltkataloges um telemedizinische Leistungen (Zusatzentgelt) empfohlen. Daher wird in Kapitel 8.3 auf eine mögliche Finanzierung über Zusatzentgelte eingegangen. Da durch den Innovationsausschuss des G-BA auch eine Prüfung einer möglichen Verwendung über die bestehenden Vergütungsstrukturen DRG und DKG-NT gefordert wird, wird auf die mögliche Vergütung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern über die Fallpauschalen und den DKG-NT in Kapitel 8.2 und 8.1 eingegangen. Auch wenn die derzeitigen Innovationsfonds-Projekte noch keine Durchführung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern im Bereich der Psychiatrie bzw. Psychosomatik beinhalten, aber durchaus in der Zukunft denkbar wären, wird auch eine mögliche Vergütung vor dem Hintergrund des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) in Kapitel 8.5 geprüft.

4 Telekonsile im Vertragsarztbereich

4.1 Konsile im Vertragsarztbereich

Zur Herleitung der Frage, inwieweit Telekonsile im Vertragsarztbereich etabliert sind, wird zunächst geklärt, wie Konsile als Erörterung zwischen Ärzt*innen bzw. Psychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung verankert sind. Dazu wird der Bundesmantelvertrag – Ärzte (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2021) als Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) herangezogen. Darüber hinaus wird auf die Vergütung von Konsilen bzw. Telekonsilen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingegangen.

Der Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV Ärzte) stellt die vertragsärztliche Versorgung auf eine vertragliche Grundlage. Grundsätzlich besteht die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung. Sollte ein/e andere/r Ärzt*in die Behandlung eingebunden werden, so erfolgt das i. d. R. über eine Überweisung nach § 24 BMV-Ärzte. Eine Variante stellt die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung dar: „Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Sie gibt dem/der überweisenden Ärzt*in die Möglichkeit, den Überweisungsauftrag auf die Klärung einer Verdachtsdiagnose einzugrenzen. Art und Umfang der zur Klärung dieser Verdachtsdiagnose notwendigen Leistungen sind vom/von der ausführenden Vertragsärzt*in nach medizinischem Erfordernis und den Regeln der Stufendiagnostik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu bestimmen“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2021). Der/Die ausführende Ärzt*in stellt seine Untersuchungsergebnisse dem/der überweisenden Ärzt*in zur Verfügung. Der/Die überweisende und der/die ausführende Ärzt*in rechnen dann ihre jeweiligen Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab, wobei eine gesonderte Vergütung für die Erbringung einer konsiliarärztlichen Befundung oder Mitbehandlung nicht grundsätzlich gegeben ist: So ist im EBM für bestimmte Konstellationen eine konsiliarische Leistung nicht gesondert berechnungsfähig, jedoch werden für ausgewählte konsiliarische Leistungen eigenständige Gebührensätze vorgegeben.

In Anhang 1 des EBM, dem „Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“, sind folgende beiden Positionen ausgewiesen:

- Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr Ärzt*innen/psychologischen Psychotherapeut*innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis über die bei demselben Kranken erhobenen Befunde.
- Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzt*innen oder zwischen behandelnden Ärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen bzw.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen über die bei demselben Patienten erhobenen Befunde.

Die Zuordnung dieser beiden Leistungen zum Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen hat zur Konsequenz, dass eine eigenständige Vergütung dieser im Anhang 1 konkretisierten Konsile nicht möglich ist. Vergleichbar hiermit ist die Gebührenordnungsposition „Zusatzpauschale Onkologie“, die es u. a. für die Fachgruppen der Chirurgen, Gastroenterologen oder Gynäkologen gibt, und welche im *fakultativen* Leistungsinhalt die „Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem/der onkologisch verantwortlichen Ärzt*in sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten“ beinhaltet.

Darüber hinaus finden sich jedoch einzelne konsiliarische Leistungen in Gebührenordnungspositionen des EBM, die allerdings in einen definierten Kontext unter Beachtung bestimmter Bedingungen gesetzt werden:

- Gebührenordnungsposition 01752:
Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen
- Gebührenordnungsposition 01960:
Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines/einer Patient*in im Rahmen des Konsiliariumsverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
- Gebührenordnungsposition 30981:
Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt/Ärztin gemäß Nr. 2 in Absprache mit Arzt/Ärztin gemäß Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13.

Bei diesen Gebührenordnungspositionen sind die konsiliarischen Leistungen *obligater* Bestandteil, d. h. notwendigerweise zu erbringen.

Die Zuweisung zum obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalt wirkt sich dabei nicht nur auf den Inhalt, sondern gleichfalls auch auf die Leistungsvergütung aus: Es existieren Leistungen im EBM, die explizit Konsilleistungen vorsehen und diese vergüten. Und zwar dann, wenn der in der Gebührenordnungsposition genannte obligate Leistungsinhalt erfüllt ist. Falls Konsile hingegen dem fakultativen Leistungsinhalt zugeordnet sind, dann kann das Konsil zwar durchgeführt werden, grundsätzlich muss es dies aber nicht, um den notwendigen Leistungsinhalt zu erbringen und in der Folge damit die Gebührenordnungsposition

abzurechnen. Wird das Konsil durchgeführt, ändert sich nichts an der Vergütung der zugrunde liegenden Gebührenordnungsposition.

4.2 Die Einführung von Telekonsilen im Vertragsarztbereich

Der Bundesmantelvertrag – Ärzte wurde im Jahr 2016 ergänzt u. a. um die Anlage 31a „Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Abs. 1 Satz 1 SGB V“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2016a). Dort heißt es in § 1: „Die telemedizinische Erbringung von konsiliarischen Befundbeurteilungen im Rahmen dieser Vereinbarung wird definiert als zeitversetzte Zweitbefundung der in Satz 1 genannten Aufnahmen durch eine/n Konsiliararzt/ Konsilärztin mittels elektronischen Austausches der Aufnahmen sowie sonstigen, für die Zweitbefundung relevanten Patienteninformationen“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2016a, S. 3). Damit wurde die konsiliarische Befundbeurteilung von digital erstellten Röntgenaufnahmen als asynchrones Telekonsil in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert.

Die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen ist seit dem 1. April 2017 Teil des EBM. Aufgenommen wurden hierfür die folgenden Gebührenordnungspositionen:

- 34800 Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung (einmal im Behandlungsfall)
- 34810 Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen (je Konsiliarauftrag)
- 34820 Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I (je Konsiliarauftrag)
- 34821 Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II (je Konsiliarauftrag).

Für den/die beauftragende/n Ärzt*in bestehen einige Abrechnungsbeschränkungen. So darf er je Patient*in nur einmal im Behandlungsfall eine telekonsiliarische Befundbeurteilung erbringen. Eine nochmalige Beauftragung im Behandlungsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Eine Beauftragung ist nicht für alle radiologischen Leistungen möglich. So kann u. a. für die „Kontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks“ (Gebührenordnungsposition 34235) oder die „Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms“ (Gebührenordnungsposition 34251) keine telekonsiliarische Befundbeurteilung beauftragt werden. „Die Auswahl, der für ein Telekonsil geeigneten Röntgen- und CT-Untersuchungen erfolgte durch Ausschluss von dynamischen Untersuchungen, die zur Erst- und Zweitbefundung sinnvollerweise die Anwesenheit des Untersuchers erfordern“ (Deutscher Bundestag 2020, S. 12). Damit ist sichergestellt, dass die Telekonsile tatsächlich asynchron sind. Über die Definition eines Punktzahlvolumens wird eine Höchstmenge an Beauftragungen definiert, die abrechnungsfähig sind.

Die Konsilärzt*innen werden zudem verpflichtet, einen schriftlichen Konsiliarbericht zu erstellen und ihn maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung elektronisch an den/die Telekonsil einholenden Vertragsärzt*in zu übermitteln. Weitere Einschränkungen sind in der Präambel des Kapitel 34.8 zu finden:

- Die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31a müssen erfüllt sein. Dass die technischen Anforderungen erfüllt sind, muss durch eine Erklärung des Kommunikationsdienstes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einmalig nachgewiesen werden.
- Die Gebührenordnungspositionen sind nur berechnungsfähig bei:
 - Vorliegen einer untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellung, die nicht im originären Fachgebiet des/die Telekonsil einholenden Vertragsärzt*in verortet ist. In diesem Fall kann ein/e Fachärzt*in für Radiologie mit der Durchführung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung beauftragt werden
 - oder
 - Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert. In diesem Fall kann entweder ein/e Fachärzt*in für Radiologie oder ein/e Vertragsärzt*in mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der/die Telekonsil einholende Vertragsärzt*in mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.

Zur Beobachtung der Fallzahlentwicklung und weiterer Indikatoren wurde der Bewertungsausschuss beauftragt zu untersuchen, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können. Im Ergebnis wurde eine geringe Leistungsanspruchnahme attestiert, wobei die Gründe für die geringe Leistungsanspruchnahme dem Bewertungsausschuss nicht bekannt sind (Deutscher Bundestag 2020). Die entsprechenden Leistungszahlen sind der nachfolgenden Tabelle (vgl. Tab. 2) zu entnehmen:

Tab. 2: Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach Abschnitt 34.8 EBM: Abrechnungshäufigkeit

GOP	Beschreibung	2017			2018				2019			
		II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	17	137	142	493	634	38	25	0	0	0	1
34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	0	0	1	251	135	0	2	0	0	0	0
34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	0	1	6	6	3	5	4	0	0	0	14
34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	2	1	1	4	2	1	0	0	1	0	2

Quelle: Deutscher Bundestag, 2020

Das Jahr 2019 brachte einen weiteren Schub für die Digitalisierung im Vertragsarztbereich. Ursache hierfür war zum einen der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 453. Sitzung (Bewertungsausschuss 2019), zum anderen das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG).

Durch den Bewertungsausschuss wurden nicht nur die Möglichkeiten von Videosprechstunden, also der digitalen Kommunikation von Ärzt*in und Patient*in, erheblich verbessert, sondern auch die Möglichkeiten von Videofallkonferenzen zwischen Ärzt*innen bzw. zwischen Ärzt*innen und anderen Gesundheitsberufen. Hierfür wurde mit der Gebührenordnungsposition 01442 eine neue Leistung in den EBM aufgenommen:

- 01442 Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des/der Patient*in beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften

Der obligate Leistungsinhalt lautet:

Patientenorientierte Videofallbesprechung zwischen dem/der behandelnden Vertragsärzt*in, der die Koordination von diagnostischen und/oder therapeutischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen und/oder der pflegerischen Versorgung für den/die Patient*in durchführt und der Pflege(fach)kraft/den Pflege(fach)kräften, die an der Versorgung des/der Patient*in der Häuslichkeit des/der Patient*in oder einer Pflegeeinrichtung oder einer beschützenden Einrichtung beteiligt ist/sind in Bezug auf den chronisch pflegebedürftigen Patienten.

Diese Gebührenordnungsposition ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Mit anderen Worten: Innerhalb von vier Quartalen darf diese Leistung nur dreimal je Patient*in angesetzt werden. Voraussetzung dafür ist aber, dass im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt mit dem/der abrechnenden Ärzt*in stattgefunden hat.

Ferner wurde die Gebührenordnungsposition 01450 geändert.

- 01450 Zuschlag Videosprechstunde

Dieser Zuschlag wird auf abschließend benannte Gebührenordnungspositionen angewendet. Der obligate Leistungsinhalt lautet in der im vierten Quartal 2021 geltenden Fassung des EBM:

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Kontaktaufnahme durch den/die Patient*in

oder

- Videofallkonferenz gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

oder

- Videokonsilium gemäß § 1 Absatz 5 der Telekonsilien-Vereinbarung.

Diese Leistung kann je Videofallkonferenz bzw. Videokonsilium nur vom/von der auftraggebenden Vertragsärzt*in angesetzt werden, wobei ein Höchstwert vorgegeben ist, welcher die Anzahl der vergüteten Videofallkonferenzen bzw. Videokonsilien begrenzt.

Die Gebührenordnungsposition 01450 ist auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen berechnungsfähig. Das bedeutet, dass angestellte Krankenhausärzt*innen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, diese Leistung abrechnen können. Dabei gilt für Krankenhausärzt*innen ebenso, dass sie das Videokonsilium initiieren müssen; aber erst nachdem ein/e Vertragsärzt*in um ein Telekonsil gebeten hat. Diese Anpassung wurde durch den ergänzten Bewertungsausschuss im Rahmen der Einführung telekonsiliarischer Leistungen vorgenommen.

Für die folgenden Gebührenordnungspositionen wurde durch den Beschluss des Bewertungsausschusses auch die Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz abrechnungsfähig:

- 30210: Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines/einer Patient*in mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum
- 30706: Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
- 30948: Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz
- 37120: Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
- 37320: Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä
- 37400: Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines/einer Patient*in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V.

Durch das Digitale-Versorgung-Gesetz wurden weitere Möglichkeiten von Telekonsilien im Vertragsarztbereich geschaffen. Insbesondere ist hier die „Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung)“ zu nennen, die zum 1. April 2020 in Kraft getreten ist. Mit dieser Vereinbarung wurden Telekonsile sektorübergreifend geregelt. Inhalte dieser Vereinbarung sind u. a. definitorische Abgrenzungen, Voraussetzungen zur Leistungserbringung und Anforderungen zur technischen Umsetzung (GKV-Spitzenverband und Kassenärztlichen Bundesvereinigung).

4.3 Einführung von Gebührenordnungspositionen für Telekonsile

Der ergänzte Bewertungsausschuss hat basierend auf der Vereinbarung nach § 291g Abs. 6 SGB V sowie den Vorgaben des § 87 Abs. 2a SGB V in seiner 60. Sitzung vom 1. Oktober

2020 (Ergänzter Bewertungsausschuss 2020a) die Einführung von Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit Telekonsilen beschlossen. In den entscheidungserheblichen Gründen heißt es dazu: „Gemäß Digitalem Versorgung-Gesetz (DVG) ist im EBM zu regeln, dass Konsile in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung abgerechnet werden können, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden“ (Ergänzter Bewertungsausschuss 2020b).

Folgende Gebührenordnungspositionen wurden eingeführt:

- 01670: Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums

Der obligate Leistungsinhalt lautet:

- Beschreibung der medizinischen Fragestellung,
- Zusammenstellung und elektronische Übermittlung aller für die telekonsiliarische Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung relevanten Informationen,
- Einholung der Einwilligung des/der Patient*in bzw. Überprüfung des Vorliegens einer Einwilligung.

Diese Gebührenordnungsposition kann von demjenigen/derjenigen Ärzt*in angesetzt werden, der ein Telekonsil beauftragen möchte. Je Patient*in kann ein Telekonsil zweimal im Quartal angefordert werden.

Für den/die Ärzt*in, der das Konsil erbringt, steht folgende Ziffer zur Verfügung:

- 01671: Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung

Für den Ansatz dieser Gebührenordnungsposition sind folgende Teilleistung verpflichtend zu erbringen:

- Konsiliarische Beurteilung der medizinischen Fragestellung gemäß der Gebührenordnungsposition 01670 bzw. der entsprechenden Leistung nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen;
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den/die Telekonsilium einholenden Vertragsärzt*in oder Vertragszahnärzt*in;
- Dauer mindestens 10 Minuten.

Sollte das Telekonsil länger als 10 Minuten dauern, steht hier als Zuschlagsziffer die Gebührenordnungsposition 01672 zur Verfügung:

- 01672: Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung.

Für je weitere vollendete 5 Minuten, allerdings nur bis zu dreimal im Arztgruppenfall, kann dieser Zuschlag angesetzt werden.

Durch die gleichzeitige Erweiterung der Präambel des Kapitels 1.6 wurden Klarstellungen für die Erbringung dieser telekonsiliarischen Gebührenordnungspositionen in den EBM eingefügt.

So heißt es in Nr. 7 der Präambel Kapitel 1.6:

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 setzt voraus, dass

- eine patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung vorliegt, die außerhalb des Fachgebietes des/der behandelnden Vertragsärzt*in liegt und das Telekonsilium bei einem/einer Konsilärzt*in, Konsilzahnärzt*in oder Konsiliarpsychotherapeut*innen eingeholt wird, innerhalb dessen Fachgebiet die patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung liegt

oder

- eine besonders komplexe medizinische Fragestellung vorliegt, die innerhalb des Fachgebietes des/der behandelnden Vertragsärzt*in liegt und das Telekonsilium bei einem/einer Konsilärzt*in oder Konsiliarpsychotherapeut*innen desselben Fachgebietes eingeholt wird.

Nur unter diesen Bedingungen ist ein Telekonsil gemäß der Gebührenordnungsposition 01670 überhaupt anforderbar. Der EBM folgt hier der Formulierung in § 1 Abs. 4 der Telekonsilien-Vereinbarung.

Weitere Verpflichtungen für die Ärzt*innen, insbesondere Dokumentationspflichten, ergeben sich aus der Telekonsilien-Vereinbarung. Hier ist § 3 Abs. 2 der Telekonsilien-Vereinbarung für den/die Ärzt*in, der ein Telekonsil einholt, einschlägig (vgl. Kapitel 2). Erfolgt die konsiliarische Erörterung zwischen zwei Vertragsärzt*innen, erfolgt die Anforderung gemäß Muster 6 (Überweisungsvordruck). Die Anforderung für andere, nicht-vertragsärztlich tätige Ärzt*innen richtet sich grundsätzlich, nach den Angaben gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung.

In der nachfolgenden Tab. 3 sind die Gebührenordnungsziffern des EBM, die grundsätzlich im Zusammenhang mit Telekonsilien stehen, aufgeführt.

Tab. 3: Gebührenordnungspositionen des EBM im Zusammenhang mit Telekonsilen

2017	2019	2020
34800	01442	01450
34810	30210	01670
34820	30706	01671
34821	30948	01672
-	37120	-
-	37320	-
-	37400	-

Quelle: eigene Darstellung

Für die Beurteilung der Einführung von telekonsiliarischen Leistungen in den Vertragsarztbereich sind zwei Aspekte wichtig:

- **Behandlung von Beauftragung und Beurteilung:**

Die Vergütung der telekonsiliarischen *Befundmitteilung* bei den CT-Leistungen erfolgt nicht aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sondern zunächst extrabudgetär. Das gilt nicht für die Beauftragung dieser Leistungen! Das mag einer der Gründe dafür sein, weshalb die Leistungsanspruchnahme (vgl. Tab. 2) so gering ausfällt.

Im Unterschied dazu ist die Vergütung sowohl für das Einholen eines Telekonsils (Gebührenordnungsposition 01670) als auch die telekonsiliarische Beurteilung entsprechend der beiden Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 jeweils extrabudgetär.

- **Extrabudgetäre Vergütung:**

Konsile sind Bestandteile entweder über Anhang 1 EBM Bestandteil von Grundpauschalen oder von einzelnen Gebührenordnungspositionen. Die dem Konsil zu Grunde liegenden jeweiligen Gebührenordnungspositionen sind Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht mit neuen finanziellen Mittel verbunden.

Im Unterschied dazu werden Telekonsile (mit der oben genannten Einschränkung) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Durch diese extrabudgetäre Vergütung fließt zusätzliches Geld in den vertragsärztlichen Bereich. Das könnte einen zusätzlichen Anreiz darstellen, die telekonsiliarische Beauftragung zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung stärker in Anspruch zu nehmen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Vertragsarztbereich unterschiedlich ausdifferenzierte Regelungen existieren, die konsiliarärztliche Leistungen abbilden. Entweder

sind konsiliarärztliche Leistungen Teil einer Leistung oder sie stellen eigenständige Leistungen im EBM dar. Klassische konsiliarärztliche Leistungen, die auf Überweisung und einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt beruhen, sind weniger ausdifferenziert als telekonsiliarische Leistungen. Für diese gibt es im EBM spezifische Leistungsbeschreibungen, in denen sehr detaillierte Vorgaben getroffen werden.

Bei den telekonsiliarischen Leistungen handelt es sich um Einzelleistungsvergütungen, die neben den detaillierten Vorgaben zur Leistungserbringung, gleichfalls sehr detaillierte Vorgaben zur Leistungsabbildung und damit zur Leistungsvergütung beinhalten, etwa die Vorgaben zur Abbildung des (zeitlichen) Leistungsaufwandes. Positiv zu bewerten ist, dass bei diesem Vorgehen der Arbeitsaufwand und die damit verknüpfte Vergütung das individuelle Konsil besser abbilden kann als ein Konsil, welches (fakultativer) Leistungsinhalt einer die Leistung pauschalierende Grundpauschale ist und das individuell zu erbringende Konsil nicht adäquat abbilden kann.

In diesem Zusammenhang ist auch hervorzuheben, dass die Leistungserbringung abhängig davon zu sein scheint, wie die Finanzierungswege erfolgen: So zeigt sich anhand der radiologischen Leistungszahlen, dass die Zuordnung zu morbiditätsbedingten oder extrabudgetären Gesamtvergütung Anreizwirkungen entfalten kann oder eben auch nicht. Die Zuweisung der telekonsiliarischen Leistungen – sowohl die Beauftragung als auch die Durchführung – zur extrabudgetären Vergütung ist als Anreizsetzung zur Leistungserbringung auch vor dem Hintergrund der beabsichtigten gesetzlichen Regelungsziele eher mit positiven Auswirkungen verknüpft.

5 Die Abbildung von Telekonsilen im DKG-NT

5.1 Die Regelungen des DKG-NT Band I

Der DKG-NT stellt das Tarifwerk der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Abrechnung erbrachter Leistungen zwischen Krankenhäusern und für die Kostenerstattung vom/von Ärzt*in an das Krankenhaus dar. DKG-NT Band I basiert auf der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dieser Band wird im Rahmen der Privatliquidation für die Kostenerstattung der Ärzt*innen an das Krankenhaus herangezogen. Zudem wird dieser Band für die Abrechnung von Leistungen des Krankenhauses für andere Krankenhäuser genutzt.

Der DKG-NT Band II basiert in seinem Aufbau auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 2000plus, der ab dem 01.04.2005 die Grundlage der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen darstellte. Dieser Band wurde für die Kostenerstattung von ermächtigten Ärzt*innen am Krankenhaus herangezogen, wenn der DKG-NT Band II als Kostenerstattungsgrundlage zwischen Ärzt*in und Krankenhaus vereinbart wurde. Zum 01.01.2008 trat der EBM 2008 in Kraft, der sich in seinen Leistungsbeschreibungen und -bewertungen wesentlich vom EBM 2000plus unterscheidet. Aus diesem Grund und da die Bedeutung des DKG-NT Band II zur Berechnung der Nutzungsentgelte seit dem Jahr 2002 abgenommen hat, wurde die Pflege dieses Tarifwerks von der DKG Ende 2007 eingestellt. Für die Abrechnung von Telekonsilen käme somit nur noch der DKG-NT Band I in Frage. Sämtliche Ausführungen in diesem Bericht beziehen sich daher auf den DKG-NT Band I, auch wenn dieser im Folgenden zur Vereinfachung als DKG-NT bezeichnet wird.

Bislang können Konsile zwischen Krankenhäusern entweder durch eine Verbringung des/der Patient*in in das andere Krankenhaus erfolgen oder der/die Konsilärzt*in kommt in das Krankenhaus, in welchem der/die Patient*in stationär behandelt wird. In beiden Fällen befasst der/die Konsilärzt*in sich persönlich mit dem/der Patient*in.

Sofern es keine gesonderte vertragliche Regelung zwischen den beiden Krankenhäusern gibt, kann für die Leistungserbringung die Gebührenziffer Nr. 60 im DKG NT Band I angesetzt werden. Weitere anfallende patientenbezogene Untersuchungen (z. B. symptombezogene Untersuchung) und entstandene Sachkosten (z. B. Wegekosten) werden mit anderen Gebührenziffern und Gebühren abgegolten.

Die Nr. 60 „Konsiliarische Erörterung“ hat folgenden Leistungsinhalt:

- „Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzt*innen, für jeden/jede Ärzt*in

Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der/die liquidierende Ärzt*in zuvor oder in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem/der Patient*in und dessen Erkrankung befasst hat.

Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem/einer liquidationsberechtigten Ärzt*in und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines/einer anderen liquidationsberechtigten Ärzt*in erfolgt.

Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzt*innen Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder ... ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktische/r Arzt/ Ärztin und Allgemeinarzt/Allgemeinärztin, Internist*in und praktische/r Arzt/ Ärztin) sind.

Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).“

Aus der Leistungsbeschreibung der Nr. 60 lassen sich wesentliche Voraussetzungen für die Ansatzfähigkeit der konsiliarischen Erörterung ziehen.

- Die konsiliarische Erörterung muss entweder zwischen zwei (und mehr) liquidationsberechtigten Ärzt*innen oder einem/einer liquidationsberechtigten Ärzt*in und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines/einer anderen liquidationsberechtigten Ärzt*in erfolgen.

Damit wird der Personenkreis unter den Ärzt*innen, die ein Konsil mittels dieser Gebührenordnungsposition abrechnen können, auf die Gruppe der Chefärzt*innen und Oberärzt*innen beschränkt. Eine konsiliarische Erörterung etwa zwischen zwei Oberärzt*innen ist damit nicht abgedeckt.

- Eine konsiliarische Erörterung sieht eine Einschränkung hinsichtlich der beteiligten Fachärzt*innen vor.

Im GOÄ-Kommentar von Brück wird ausgeführt: „Anhand der in der 3. Anmerkung nach Nr. 60 aufgeführten Beispiele ist zu unterstellen, dass der Ordnungsgeber von einer Nichtberechnungsfähigkeit der Nr. 60 zwischen allen solchen Ärzt*innen einer Praxisgemeinschaft ausgegangen ist, die der hausärztlichen Versorgung angehören. ... Die ‚ähnliche Fachrichtung‘ bezieht sich auch keineswegs etwa auf alle chirurgischen Fachgebiete. Somit sind konsiliarische Erörterungen auch abrechnungsfähig etwa zwischen einem Chirurgen und einem Orthopäden derselben Praxisgemeinschaft. Dagegen sind ... Konsilien zwischen Ärzten derselben Gemeinschaftspraxis unabhängig von der Gebietszugehörigkeit der betreffenden Ärzte in keinem Fall berechnungsfähig“ (Brück und Krimmel 2021).

- Die konsiliarische Erörterung sieht vor, dass sich der/die Konsilärzt*in in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem/der Patient*in und dessen Erkrankung befasst hat. Es muss somit ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegen, damit der/die Konsilärzt*in sein/ihr Konsil abrechnen kann.
- Der Inhalt des Konsils ist nicht näher definiert. Das Hessische Landessozialgericht hat in einem Urteil vom 15. Januar 2020 (Aktenzeichen: L 4 KA 44/15) die ständige Rechtsprechung zu dieser Thematik wie folgt zitiert:

„Erforderlich ist insoweit ein Konsilium im Sinne einer Besprechung zweier oder mehrerer Ärzte/Zahnärzte nach vorausgegangener Untersuchung des Kranken zwecks Stellung einer Diagnose oder Festlegung des Heilplans; nicht darunter fallen die bloße Erkundigung eines Arztes/Zahnarztes bzw. einer Ärztin/Zahnärztin bei einem anderen Arzt/Zahnarzt bzw. einer anderen Ärztin/Zahnärztin nach bestimmten Ergebnissen aus dessen Behandlung oder die nur gelegentliche Aussprache über einen Kranken ohne den Zweck der Diagnosestellung oder Festlegung des Heilplans.“ (Hessisches Landessozialgericht 2020, RN 65)

Ist die konsiliarische Erörterung, wie sie in der Gebührenziffer Nr. 60 DKG-NT Band I definiert ist, auf Telekonsile anwendbar?

Gegen die Ausweitung der konsiliarischen Erörterung auf Telekonsile spricht, dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt als Leistungsbestandteil gefordert wird: „Eine Abrechnung im privatärztlichen Bereich als konsiliarische Erörterung gemäß Ziffer 60 GOÄ scheitert nach gegenwärtiger Rechtslage daran, dass jeder der am Konsil beteiligten liquidationsberechtigten Ärzte oder ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter ... den Patienten vor dem Konsil oder in unmittelbar zeitlichen Zusammenhang mit dem Konsil untersucht, d. h. ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben muss, an dem es in der Regel bei der Vorstellung von Patienten in Konferenzen, aber auch bei Zweitmeinungen in anderen Konstellationen ... häufig fehlen dürfte.“ (Schreyer et al. 2018, S. 429)

Damit scheitert die Übertragung dieser Gebührenziffer des DKG-NT auf die Telekonsile, weil der ganz entscheidende Punkt bei Telekonsilen, nämlich die räumliche Abwesenheit eines der beiden Ärzt*innen, nicht durch die Leistungsbeschreibung gedeckt ist.

Keine Relevanz hat dagegen die Einschränkung auf bestimmte Ärzt*innen im Bereich des DKG-NT. Der DKG-NT dient der Abrechnung erbrachter Leistungen zwischen Krankenhäusern, so dass eine Einschränkung auf bestimmte Arztgruppen (z. B. liquidationsberechtigte Ärzt*innen) nicht vorgesehen ist.

Auch die Gebührensnummer Nr. 61 „Beistand bei der ärztlichen Leistung eines/einer anderen Arztes/Ärztin (Assistenz), je angefangene halbe Stunde“ kann bei Telekonsilen nicht angesetzt werden. Die Leistungsbeschreibung sieht vor, dass die Nr. 61 nicht berechnet werden kann, wenn die Assistenz nicht durch liquidationsberechtigte Ärzt*innen erfolgt. Hier gilt, ähnlich wie bei der Nr. 60, eine Einschränkung der Abrechnungsmöglichkeit auf Chef- und Oberärzt*innen, was aufgrund des institutionellen Bezugs der Leistungserbringung hingegen nicht zum Tragen kommt. Die Nr. 61 kann jedoch nur von an der Leistungserbringung beteiligten Ärzt*innen, nämlich dem Assistent*innen, angesetzt werden. Daraus leitet sich ab, dass der/die ausführende Ärzt*in diese Gebührensnummer nicht abrechnen darf.

Wichtiger noch ist allerdings die grundsätzliche Erwägung, was mit „ärztlicher Leistung“ und „Assistenz“ in diesem Zusammenhang gemeint ist.

Zweifelloos gehört die Klärung diagnostischer und/oder therapeutischer Fragen zu den Kerntätigkeiten und damit zur ärztlichen Leistung eines/einer Ärzt*in. Der DKG-NT sieht für diese ärztliche Kerntätigkeit nur wenige und eng definierte Gebührensnummern vor. Hierzu zählen beispielsweise die Nr. 15 („Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken“) oder die Nr. 865 („Besprechung mit dem nicht-ärztlichen Psychotherapeut*innen über die Fortsetzung der Behandlung“). Eine übergreifende Gebührensnummer, die die Diagnosefindung unabhängig von einer konkreten ärztlichen Verrichtung und damit eine Gebührensnummer im DKG-NT koppelt, gibt es nicht. Der/Die Ärzt*in, dem der/die assistierende Ärzt*in beisteht, muss eine abrechnungsfähige Leistung erbringen.

Durch die Leistungsbeschreibung der Gebührensnummer 61 „Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig“ wird deutlich gemacht, dass zwar der/die assistierende Ärzt*in keine anderen Leistungen ansetzen kann, der/die ausführende Ärzt*in aber sehr wohl. Denn der/die assistierende Ärzt*in darf allein die Nr. 61 ansetzen, nicht aber der/die ausführende Ärzt*in. Der/Die ausführende Ärzt*in übt eine ärztliche Tätigkeit im Zusammenhang mit einem Patient*in aus, bei der der/die assistierende Ärzt*in tätig wird. Die hinter der Nr. 61 stehende Leistung ist gerade kein Konsil zwischen Ärzt*innen. Sie wäre möglicherweise im Rahmen von telemedizinischen Tätigkeiten abrechnungsfähig, nicht aber bei einem Telekonsil.

Dafür spricht auch, was mit „Assistenz“ im Sinne der Nr. 61 gemeint ist. Zunächst wird in der Leistungsbeschreibung ausgeschlossen, dass die Assistenz sich auf die Ausführung einer Narkose bezieht. Damit wird die Richtung vorgegeben, dass die ärztliche Assistenzleistung eine aktive Rolle bei der ärztlichen Verrichtung der ärztlichen Tätigkeit des/der ausführenden Ärzt*in bedeutet. Zwar wird die Assistenzleistung inhaltlich nicht weiter konkretisiert. Aber: „Die

reine Anwesenheit während der Leistung durch eine/n anderen Arzt/Ärztin erfüllt die Voraussetzungen der Abrechenbarkeit der Nr. 61 nicht, weil ‚Anwesenheit‘ und ‚Assistenz‘ nicht gleichzusetzen sind“ (Hoffmann und Kleinken 2019). Die Anwesenheit ohne Tätigwerden kann ggf. mit der Nr. 56 „Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen“ angesetzt werden.“ Damit wird deutlich, dass die Assistenz nach der Nr. 61 eine ärztliche Tätigkeit am/an der Patient*in bzw. mit dem/der Patient*in voraussetzt. Das ist aber gerade i. d. R. nicht Gegenstand eines Telekonsils.

Auch die Verwendung der beiden Beratungsziffern Nr. 1 oder Nr. 3 scheiden aus als Ansatzpunkt für die Abrechnung von Telekonsilen. Zwar heißt es in beiden Gebührenordnungsziffern „auch mittels Fernsprecher“ und insofern könnte diese Formulierung auch auf moderne Telekommunikationsmedien übertragen werden. Allerdings geht es in beiden Leistungen um die Beratung eines/einer Patient*in und nicht um die konsiliarische Erörterung zwischen zwei Ärzt*innen.

Wird eine weite Definition zugrunde gelegt, dann fallen auch asynchrone Telekonsile unter dem hier behandelten Sachverhalt. In einem solchen Falle würde sich der/die Konsilärzt*in im Nachgang zur Diagnostik durch den behandelnden/die behandelnde Ärzt*in mit den Patientenunterlagen beschäftigen. Es würde kein direkter persönlicher Austausch zwischen beiden Ärzt*innen erfolgen. Stattdessen würde der/die Konsilärzt*in seine Stellungnahmen schriftlich formulieren und dem/der behandelnden Ärzt*in zukommen lassen.

Zu prüfen ist, ob der/die Konsilärzt*in dafür eine Gebührensiffer aus dem DKG-NT ansetzen könnte. In Frage kommen beispielsweise die Nr. 75 und die Nr. 80.

Bei der Nr. 75 handelt es sich um die folgende Leistung: „Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befunde(en), zur epikritische Bewertung und ggf. zur Therapie“. Diese Leistungsbeschreibung macht deutlich, dass es sich bei der Nr. 75 nicht um die einfache Befundmitteilung oder einen einfachen Befundbericht handelt.

Die Leistungsbeschreibung der Nr. 75 macht deutlich, dass auch die Krankheitsvorgeschichte und eventuell auch der Krankheitsverlauf dokumentiert und epikritisch bewertet werden sollen.

„Unter diesen Prämissen sind als typische Konstellationen für die Notwendigkeit ausführlicher Krankheits- und Befundberichte anzusehen ...

- der ausführliche Arztbrief eines zur Konsiliaruntersuchung herangezogenen Facharztes über das Ergebnis einer eingehenden klinischen Untersuchung (ggf. unter Heranziehung weiterer Diagnoseberichte) unter umfassender Beurteilung des Krankheitsgeschehens aus fachärztlicher Sicht ... Demgegenüber ist die ggf. ausführliche Ausfüllung eines

Konsiliarscheins durch den anfordernden Arzt Gegenstand der Konsiliarleistung und nicht gesondert berechnungsfähig ...“ (Brück und Krimmel 2021).

Es stellt sich hier die Frage, ob die Nr. 75 angesetzt werden kann, wenn der/die Konsilärzt*in selbst keine Untersuchung des/der Patient*in durchgeführt hat und ausschließlich nach Aktenlage urteilt.

Sowohl der Kommentar von Hoffmann/Kleinken als auch der Kommentar von Brück/Krimmel sehen eine Ansatzfähigkeit der Nr. 75 im Zusammenhang mit einem Konsil nach Nr. 60. Der Ansatz der Nr. 60 setzt aber voraus, dass eine *persönliche* Befassung des/der Konsilärzt*in mit dem/der Patient*in erfolgt ist. Wird die Nr. 75 in diesem Zusammenhang verwendet, dann wäre die Gebührensnummer bei einem asynchronen Telekonsil nur abrechnungsfähig, wenn der/die Konsilärzt*in den/die Patient*in tatsächlich untersucht hätte. Seine eigenen Untersuchungsergebnisse sowie die Ergebnisse der anderen behandelnden Ärzt*innen würden dann in den ausführlichen Krankheits- und Befundberichte einfließen.

Eine weitere Möglichkeit, ein asynchrones Telekonsil zu vergüten, besteht in dem Ansatz der Gebührensnummer Nr. 80. Hierbei handelt es sich um die „Schriftliche gutachterliche Äußerung“.

„Eine schriftliche gutachterliche Äußerung liegt vor, wenn aufgrund von dem/der Ärzt*in bekannten Befunden (eigene oder zur Verfügung gestellte) Fragen beantwortet werden müssen, die nur aufgrund ärztlichen Sach- oder Fachverständnisses zu beantworten sind“ (Hoffmann und Kleinken 2019). Der/Die Konsilärzt*in muss bei einer solchen gutachterlichen Stellungnahme nicht zwangsläufig den/die Patient*in selbst untersucht haben. Er kann dazu auch zur Verfügung gestellte Unterlagen verwenden. Auch ist eine unmittelbare Kommunikation mit dem/der behandelnden Ärzt*in nicht erforderlich.

Die Gebührensnummer Nr. 80 könnte daher eine Möglichkeit darstellen, die Konstellation eines asynchronen Telekonsils abzubilden.

Gleiches trifft auch auf die Nr. 85 „Schriftliche gutachterliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand ...“ zu. Allerdings sind hier die Binnenvoraussetzungen und die Abgrenzung zur Nr. 80 zu beachten.

5.2 Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer

Der DKG-NT Band I, der auf der GOÄ basiert, dient der Leistungsvergütung zwischen Krankenhäusern bzw. zwischen Ärzt*innen und Krankenhaus. Die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zielen dagegen auf die Anwendung der GOÄ im Rechtsbereich zwischen Ärzt*innen und Privatpatient*innen ab. Diese Abrechnungsempfehlungen haben zwar keine Gesetzeskraft, sind aber für die tägliche Abrechnungspraxis sowie für Rechtstreitigkeiten von Gericht von Bedeutung.

Für den privatärztlichen Bereich liegt eine Gemeinsame Abrechnungsempfehlung zu dieser Thematik vom 7. Mai 2020 vor (Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer 2020). Dort heißt es: „Die Leistung nach Nummer 60 darf grundsätzlich nur berechnet werden, wenn sich der/die liquidierende Ärzt*in zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem/der Patient*in und dessen Erkrankung befasst hat. Befristet bis zum 31.12.2021 ist die vorherige oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung stehende persönliche Befassung mit dem/der Patient*in nicht erforderlich, sofern es sich aus Umständen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ergibt. In diesen Fällen kann die Befassung mit dem/der Patient*in auch per Videoübertragung (zum Beispiel Videosprechstunde) erfolgen.“ (Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer 2020)

Die Voraussetzungen für den Ansatz der Nr. 60 werden insofern erweitert, als dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch per Videoübertragung möglich ist. Im Rahmen der befristeten Ausnahmeregelung reicht eine Videosprechstunde zwischen Konsilärzt*in und Patient*in aus, um die persönliche Befassung mit dem/der Patient*in zu gewährleisten.

Aber auch hier ist ein Patientenkontakt zwingende Voraussetzung für den Ansatz der Nr. 60. Eine Erörterung zwischen Ärzt*innen *ohne* einen Patientenkontakt ist nicht möglich.

Nur unmittelbar später, am 14./15. Mai 2020, hat der Vorstand der Bundesärztekammer Abrechnungsempfehlungen zu telemedizinischen Leistungen beschlossen (Bundesärztekammer 2020). Relevanz für telekonsiliarische Leistungen entwickeln die Punkte 7 und 8.

Punkt 7 lautet:

(7) „Vorstellung eines Patienten und/oder Beratung über einen Patienten in einer interdisziplinären und/oder multiprofessionellen Videokonferenz, zur Diagnosefindung und/oder Festlegung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts originär Nr. 60 GOÄ“ (Bundesärztekammer 2020).

Auch hier empfiehlt die Bundesärztekammer die Abrechnung der Nr. 60 ohne einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Durch die Formulierung „Vorstellung eines Patienten“ kann vermutet werden, dass der/die Patient*in während des Telekonsils zumindest zeitweise anwesend ist. Der/Die konsiliarisch tätige Ärzt*in, der die Nr. 60 ansetzt, befasst sich somit nur im Rahmen einer Videokonferenz mit dem/der Patient*in.

Die alternative Formulierung „Beratung über einen Patienten“ ist über ein „und/oder“ mit der ersten Formulierung verbunden. Im Falle der Verknüpfung mit „und“ ist der/die Patient*in gleichfalls bei der Videokonferenz anwesend.

Wird allerdings die Verknüpfung mit „oder“ gewählt, dann kann die „Beratung über einen Patienten“ selbstständig ausgeführt werden. Das legt den Schluss nahe, dass der/die Patient*in nicht anwesend sein muss. In diesem Falle würde der/die Konsilärzt*in die Nr. 60 abrechnen können, ohne sich vorher mit dem/der Patient*in befasst zu haben.

Bei Punkt 8 der Abrechnungsempfehlung des Vorstands der Bundesärztekammer geht es um diagnostische Leistungen:

(8) „Gemeinsame ärztliche telekonsiliarische Fallbeurteilung im Rahmen diagnostischer Verfahren (z. B. bildgebender Verfahren wie CT-, MRT-, Röntgenaufnahmen, Videoendoskopie etc. und/oder z. B. histologischer Befundungen wie Schnittdiagnostik, Ausstrich) (Telekonsil') analog Nr. 60 GOÄ“ (Bundesärztekammer 2020).

Hier tauschen sich Ärzt*innen über die Ergebnisse einer vorgelagerten Diagnostik aus. Der/Die Patient*in muss nicht anwesend sein. Inwieweit es sich um ein asynchrones Telekonsil handelt, hängt von der Interpretation der Formulierung „gemeinsam“ ab. In einer engen Auslegung würde „gemeinsam“ im Sinne von gleichzeitig ausgelegt werden. Dann würde ein Telekonsil vorausgesetzt, bei dem die Ärzt*innen gleichzeitig anwesend sind. Wird „gemeinsam“ weiter ausgelegt und wird dies als „mehrere Ärzt*innen beurteilen die Ergebnisse“ interpretiert, dann wird keine Gleichzeitigkeit mehr vorausgesetzt. In dieser Interpretation würde ein asynchrones Telekonsil vorliegen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat seine Abrechnungsempfehlungen noch mit dem Hinweis versehen, dass „im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit die telemedizinische Erbringung der Leistungen im Klartext und ggf. mit der jeweiligen Mindestdauer iSv. § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ anzugeben“ (Bundesärztekammer 2020) sei.

Eine „Ergänzung zu den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen vom 14./15.05.2020“ wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer am 9. und 10. Dezember 2021 beschlossen. Es wurden zwei Abrechnungsempfehlungen veröffentlicht. Während die erste sich auf eine telemedizinische Anwendung bei der Fremdanamnese bezieht, betrifft die zweite in Teilbereichen das, was hier unter Telekonsilen verstanden wird.

Die Abrechnungsempfehlung lautet: „Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen mittels Videoübertragung während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. *Analog Nr. 15 GOÄ*“ (Bundesärztekammer 2021).

Die telekonsiliarischen Inhalte dieser Abrechnungsempfehlung betreffen Gespräche mit anderen Ärzt*innen, die nunmehr auch per Videoübertragung erfolgen können. In der 4. Änderungsverordnung zur GOÄ heißt es zur Begründung der Änderung der Gebührenziffer

15: „Die Gebührenordnungsnummer 15 soll eine adäquate Honorierung der hausärztlichen Koordinierungsfunktionen im Rahmen der ambulanten Behandlung chronisch Kranker sicherstellen (Gespräche mit anderen behandelnden Ärzt*innen, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten, regelmäßige Überprüfung der Medikation, Kontakte zu sozialen Einrichtungen oder Versicherungsträgern)“ (Bundesrat 1994).

Die Gespräche mit anderen behandelnden Ärzt*innen über die Einleitung und Koordinierung von Maßnahmen bei chronisch Kranken finden ohne den/die Patient*in statt und sie können per Telekonsil erfolgen. Insofern werden durch diese Abrechnungsempfehlung die Möglichkeiten für die Durchführung von Telekonsilen im privatärztlichen Bereich erweitert.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der DKG-NT keine telemedizinischen sowie telekonsiliarischen Gebührensätze enthält. Die im DKG-NT enthaltenen Gebührensätze für konsiliarärztliche Leistungen sind zur Abbildung von telekonsiliarärztlichen Leistungen ungeeignet, da es sich bei diesen um „klassische“ Konsile handelt, die im Zusammenhang mit einer direkten Arzt-Patienten-Interaktion stehen.

Gleichfalls ist zu beachten, dass der DKG-NT kein rechtsverbindliches Tarifwerk darstellt. Damit sind Näherungen zur Vergütungsabbildung telekonsiliarärztlicher nur auf individueller Grundlage möglich. Auch die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zur GOÄ bieten wenig Ansatzpunkte, telekonsiliarärztliche Leistungen für Krankenhäuser abzubilden. Auch ist darauf hinzuweisen, dass diese Abrechnungsempfehlungen für den Bereich des DKG-NT nicht verbindlich sind.

6 Telekonsile im stationären somatischen Krankenhausbereich

6.1 Die Behandlung von Konsilen in der Definition und Kalkulation von Fallpauschalen

Inwieweit bei der Definition und Kalkulation der Fallpauschalen Konsile und Telekonsile berücksichtigt werden, soll in diesem Kapitel untersucht werden. Hier wird für die Kalkulation das Kalkulationshandbuch des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2016) und für die Definition die Deutschen Kodierrichtlinien (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2020b) verwendet.

Das Fallpauschalensystem in Deutschland ist ein dynamisches System, welches jährlich Änderungen in der Anzahl, der Definition und der Kalkulation der Fallpauschalen vornimmt. Für die Definition der Fallpauschalen sind die Diagnosen- und Prozedurenschlüssel elementar.

„Um die gesetzlich vorgegebene leistungsgerechte Vergütung der Krankenhäuser zu ermöglichen, ist es unerlässlich, dass vergleichbare Krankenhaufälle auch derselben DRG zugeordnet werden. Diese Forderung kann jedoch nur dann erfüllt werden, wenn Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in einheitlicher Weise angewendet werden. Kodierrichtlinien regeln und unterstützen diesen Prozess, um möglichst auch in schwierigen Fällen eine eindeutige Verschlüsselung zu ermöglichen.“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2020b)

Die Deutschen Kodierrichtlinien definieren, welche Prozeduren wie zu verschlüsseln sind. Sie verdeutlichen aber auch an Beispielen, welche Prozeduren nicht zu verschlüsseln sind. Als Beispiel für nicht kodierbare Prozeduren finden sich unter der Allgemeinen Kodierrichtlinie P014o „Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden“ die Konsiliaruntersuchungen. Hintergrund ist, dass die im Behandlungsfall erbrachten Leistungen unabhängig davon, ob diese in Form eines Konsils erbracht werden, zu erfassen sind.

Die Krankenhäuser, die Fallpauschalen abrechnen, müssen gemäß § 21 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ihre Leistungsdaten dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) zur Verfügung stellen. Der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG (Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. 2020) zur Folge gehören zu den zu übermittelnden Leistungsdaten auch die Prozedurenschlüssel (OPS-Code).

Die Leistungsdaten aller Krankenhäuser stellen eine Grundlage für die jeweils jährlich neu definierten und kalkulierten Fallpauschalen dar. Da allerdings in den übermittelten Prozedurenschlüssel die Konsiliaruntersuchungen nicht enthalten sein können, fehlen für die Definition der Fallpauschalen quantitative Angaben, wie häufig die Leistungen in Form eines Konsils tatsächlich stattgefunden haben.

Die Grundlage für die Kalkulation stellt das „Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2016) dar. Dort wird unterschieden zwischen „Externe Konsile“, also von Dritten erhaltene Konsile, sowie Konsiliarleistungen an Dritte, also Konsile an andere Krankenhäuser. In der Kalkulation werden diese beiden Konsilleistungen unterschiedlich gehandhabt.

Während die Konsiliarleistungen an Dritte als nicht kalkulationsrelevant eingestuft werden und die Leistungs- und Kostenanteile auszugliedern sind, gilt für die vom Krankenhaus in Anspruch genommenen externen Konsile folgendes:

„Die Kosten externer Konsile sind in der Kalkulation zu berücksichtigen, wenn sie durch das versorgende Krankenhaus von externen Leistungserbringern angefordert werden. Dies können z. B. niedergelassene Ärzt*innen oder Ärzt*innen anderer Krankenhäuser sein. Die Kosten externer Konsiliarleistungen werden im anfordernden Krankenhaus als Sachkosten unter der Kostenart „Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte“ (Kostenartengruppe 6c) verbucht und der anfordernden Kostenstelle zugeordnet.“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2016)

Die Kostenartengruppe 6c umfasst die „Sachkosten für von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen“. Zu dieser Kostenartengruppe gehören

- Untersuchungen in fremden Instituten und
- Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzt*innen.

Das InEK stellt jährlich den sogenannten DRG-Report Browser zur Verfügung. In der Version für 2021 sind in dieser Applikation die Fallzahlen des Jahres 2019 der Kalkulationskrankenhäuser enthalten. Hierbei werden unter anderen die mittleren kalkulierten Kosten je Fallpauschale nach Kostenart und Kostenstelle ausgewiesen. Bei den mittleren Kosten handelt es sich um die Summe der Kosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten dividiert durch die Anzahl der Normalliegender.

Problem ist, dass keine weitere Aufteilung der Kostengruppe 6c erfolgt. So kann nicht ermittelt werden, ob bei einer Fallpauschale Konsile („Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte“) oder Untersuchungen in fremden Instituten vorliegen. Aufgrund fehlender differenzierter Daten ist eine exakte Angabe der jeweiligen Anteile von Konsilen nicht möglich. Die Kosten für Konsile lassen sich daher nicht ermitteln.

Die bisherigen Aussagen zu der Berücksichtigung der Kosten der Konsile in der Definition und der Kalkulation der Fallpauschalen beziehen sich nicht auf Telekonsile. In den folgenden beiden Abschnitten wird gezeigt, wie im Fallpauschalensystem Telekonsile berücksichtigt werden.

6.2 Telekonsile in der OPS-Komplexziffer 8-98b

Das vormalige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und heutige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist Herausgeber amtlicher medizinischer Klassifikationen. Dazu zählt auch der „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS), der zur Verschlüsselung von Operationen und medizinischen Prozeduren in der stationären Versorgung und beim ambulanten Operieren dient.

Im Jahr 2011 gab das DIMDI die Version 2011 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS 2011) heraus. Diese Version des OPS enthielt erstmals einen OPS-Code, in dem ein Telekonsil im Rahmen eines Telekonsildienstes enthalten ist. Es handelt sich um einen Code aus dem Bereich der sonstigen multimodalen Komplexbehandlung, genauer gesagt um die „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ (8-98b).

Mit der Version 2021 des Operationen- und Prozedurenschlüssels wurde der OPS-Code 8-98b hinsichtlich der anzugebenden Stundenwerte weiter differenziert und ausgeweitet. Die nachfolgende Tab. 4 enthält daher die Kodierung anhand des OPS-Kodes 2020 und des OPS-Kodes 2021.

Tab. 4: Überleitung des OPS 2020 auf den OPS 2021

OPS 2020		OPS 2021	
Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes			
8-98b.00	Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	8-98b.20	Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
8-98b.00	Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	8-98b.21	Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
8-98b.10	Mehr als 72 Stunden	8-98b.22	Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden
8-98b.10	Mehr als 72 Stunden	8-98b.23	Mehr als 96 Stunden
Mit Anwendung eines Telekonsildienstes			
8-98b.01	Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	8-98b.30	Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
8-98b.01	Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	8-98b.31	Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
8-98b.11	Mehr als 72 Stunden	8-98b.32	Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden
8-98b.11	Mehr als 72 Stunden	8-98b.33	Mehr als 96 Stunden

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, OPS-Kode Version 2020 und Version 2021

Für die Jahre bis 2020 liegen Daten mit der Anzahl der von den Krankenhäusern kodierten OPS-Kodes 8-98b.01 und 8-98b.11 vor. Für 2012 bis 2018 handelt es sich um die Angaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus in den jeweiligen G-DRG-Browser. Für die beiden Jahre 2019 und 2020 liegen die Angaben des InEK-DatenBrowsers vor.

Die Zahl der Kodierungen mit den OPS-Kodes „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes“ ist zwischen 2012 und 2020 um rd. 2.400 gefallen (vgl. Tab. 5). Im gleichen Zeitraum nahm die Anzahl der Nennungen der Codes „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes“ um rund 7.000 zu.

Tab. 5: Anzahl Nennungen der Codes 8-98b zwischen 2012 und 2020

OPS-Code	Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes			Mit Anwendung eines Telekonsildienstes			Summe insgesamt 8-98b
	Summe	davon: 8-98b.00	davon: 8-98b.10	Summe	davon: 8-98b.01	davon: 8-98b.11	
2012	17.978	12.500	5.478	3.466	2.125	1.341	21.444
2013	18.582	12.710	5.872	4.552	2.858	1.694	23.134
2014	20.366	13.357	7.009	6.496	4.066	2.430	26.862
2015	19.469	12.924	6.545	7.454	4.649	2.805	26.923
2016	18.540	12.208	6.332	8.710	5.667	3.043	27.250
2017	17.357	11.105	6.252	10.142	6.862	3.280	27.499
2018	14.895	9.778	5.117	10.080	6.899	3.181	24.975
2019	17.126	11.139	5.987	12.042	8.415	3.627	29.168
2020	15.603	10.478	5.125	10.437	7.326	3.111	26.040

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, G-DRG-Browser, verschiedene Jahrgänge

Dennoch wurden die OPS-Kodes „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls „Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes“ im Jahr 2020 noch häufiger als die „Mit Anwendung eines Telekonsildienstes“ kodiert.

Werden die Angaben aus den Qualitätsberichten für das Jahr 2019 betrachtet, dann wurden die Komplexcodes 8-98b nur von einer Minderheit der Krankenhäuser kodiert (vgl. Tab. 6). Insgesamt 212 verschiedene Krankenhäuser haben im Jahr 2019 einen der vier Codes kodiert. Insgesamt 68 Krankenhäuser haben alle vier Codes im Jahr 2019 verwendet.

Tab. 6: Anzahl Krankenhäuser, die die Codes 8-98b 2019 angesetzt haben

Kranken- häuser	Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes			Mit Anwendung eines Telekonsildienstes			Summe insgesamt 8-98b
	Summe	davon: 8-98b.00	davon: 8-98b.10	Summe	davon: 8-98b.01	davon: 8-98b.11	
Anzahl	182	172	137	137	126	105	212

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Durch die im InEK DatenBrowser zur Verfügung gestellten Daten kann für 2020 auch angegeben werden, welche DRGs angesteuert worden sind (Tab. 7).

Tab. 7: Durch die Codes 8-98b angesteuerte DRGs – TOP 3 für das Jahr 2020

OPS 8-98b.00		OPS 8-98b.10		OPS 8-98b.01		OPS 8-98b.11	
DRG	Anteil in v.H.						
B69C	40,6 %	B70C	75,7 %	B69C	41,2 %	B70C	77,5 %
B70D	36,8 %	B69C	6,5 %	B70D	38,2 %	B69C	6,6 %
B70E	7,6 %	B44A	4,1 %	B70E	6,5 %	B44A	3,6 %
Summe	85,0 %		86,3 %		85,9 %		87,7 %

Quelle: InEK DatenBrowser Datenlieferung DRG 2020 gruppiert nach 2021

Es liegt eine hohe Konzentration auf jeweils drei DRGs vor.

Gemäß § 275d SGB V sind Krankenhäuser verpflichtet, die Einhaltung von Strukturmerkmalen des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Die Grundlage für die Begutachtung seitens des Medizinischen Dienstes stellt eine Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V dar.

Eine solche Richtlinie wurde von Medizinischen Dienst unter dem Namen „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ im Februar 2021 erlassen und vom Bundesministerium für Gesundheit im Mai 2021 genehmigt. Dort finden sich auch Details zur Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Kodes 8-98b.3 „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes“.

Relevant für Telekonsile sind folgende Punkte, die geprüft werden:

- Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke-Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes;
- der Telekonsildienst muss zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung stehen, zu denen ein/e Fachärzt*in für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht.

Zum Nachweis dieser Strukturmerkmals konkretisiert die Richtlinie die durch das Krankenhaus vorzuhaltenden erforderlichen Unterlagen.

Der Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke-Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes soll z. B. durch Verträge nachgewiesen werden können.

Der Nachweis, dass der Telekonsildienst zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung stehen muss, zu denen ein/e Fachärzt*in für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht, soll zum Beispiel durch die Dienstpläne erfolgen.

Hinsichtlich der Kostenunterschiede zwischen den Fällen mit und ohne Anwendung eines Telekonsildienstes schrieb das InEK 2011: „Insbesondere die im OPS Version 2011 differenzierte Prozedur für *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* mit und ohne Anwendung eines Telekonsildienstes ist im kommenden Jahr erstmals in den Kalkulationsdaten enthalten und kann somit analysiert werden. Ob ein solcher Telekonsildienst, der die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstandes in der spezialisierten Schlaganfalleinheit durch eine/n umgehend telemedizinisch am Krankenbett zur Verfügung stehenden Fachärzt*in für Neurologie gewährleisten soll, Aufwandsunterschiede zu nicht telekonsiliarisch behandelten Fällen ausmacht, kann somit in den Daten des Jahres 2011 untersucht werden.“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2011, S. 70) Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind bislang noch nicht veröffentlicht worden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass im aDRG-Fallpauschalensystem weder eine Dokumentation von Telekonsilen noch von „klassischen“ Konsilen als eigenständige Leistungen vorgesehen ist. Auch in der Fallkostenkalkulation werden die Kosten von Konsilen bzw. von Leistungen, die in Form eines Konsil erbracht werden, in den Kostenarten- und Kostenstellengruppen (Kostenmatrix) nicht gesondert ausgewiesen. Lediglich bei der neurologischen Komplexbehandlung ist seit dem Jahr 2011 zu dokumentieren, ob die Behandlung mit Anwendung eines Telekonsildienstes erfolgt ist. Offensichtlich hat sich diese zusätzliche Information im Rahmen der jährlichen Kalkulation jedoch bis heute nicht als geeigneter „Kostentrenner“ für das pauschalierende und fallbezogene aDRG-System gezeigt.

6.3 **Beschluss des G-BA zu Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18. Februar 2021 eine Änderung seiner Zentrums-Regelungen beschlossen, die die Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) betreffen. Den Anlagen 5 und 7 wurde ein Anhang beigefügt, der u. a. Regelungen zu Telekonsilen enthält und befristet auf das Jahr 2021 ist. In den Tragenden Gründen zum Beschluss heißt es: „Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die Regelungen erweitert werden. Durch Telemedizin kann das erforderliche und nicht überall verfügbare Expertenwissen zur Versorgung intensivpflichtiger Patient*innen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnahe verfügbar gemacht werden“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021b, S. 2). Ziel ist es also, der Corona-Pandemie noch besser begegnen zu können.

Das soll erfolgen, in dem der Austausch zwischen allgemeinen Krankenhäusern und Expert*innen von Herz- und Lungenkliniken intensiviert werden soll. In § 2 Abs. 1a des

Beschlusses werden dazu folgende Möglichkeiten für den Einsatz von Telekonsilen aufgezeigt:

„1a. Telemedizinische interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind und sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind:

- Durchführung von fachspezifischen Kolloquien,
- Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern,
- Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021b, S. 2).

Weitere Maßnahmen einer verstärkten Zusammenarbeit betreffen u. a. telemedizinische Behandlungen sowie die Prüfung und Bewertung von Patientenakten.

Beim Telekonsil ist gemäß § 1 Abs. 3 d) des Anhangs zu den Anlagen 5 und 7 des G-BA darauf zu achten, dass die Dokumentation über Befund- und Therapieempfehlungen unter Verwendung einer elektronischen Fallakte schriftlich sowohl durch den Teleintensivmediziner als auch durch den Anfordernden anzufertigen sind.

Sofern Einrichtungen in intensivmedizinische digital-gestützte Versorgungsnetzwerke (IDV-Zentren) eingebunden sind, können diese im Jahr 2021 eine zusätzliche Vergütung für telemedizinische Beratungsleistungen abrechnen. Diese Möglichkeit wurde durch Beschluss vom 16.12.2021 um weitere drei Monate – bis zum 31.03.2022 – letztmalig verlängert. Mit Wirkung zum 01. April 2022 wurde die Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patient*innen anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) direkt in die Anlagen 5 und 7 integriert. Diese Leistungen werden auf Basis eines Zentrumzuschlages gemäß § 5 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vergütet. Voraussetzung für die Beauftragung ist, dass „der Patientenfall nicht im eigenen Krankenhaus ist und daher nicht über die üblichen Entgelte (z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte) vergütet werden kann“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021w).

Da die Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen die Ausweisungen von Herz- oder Lungenzentren erfüllen müssen kann nur ein äußerst begrenzter Kreis eine zusätzliche Vergütung erhalten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Zentrumszuschläge hohe Anforderungen erfüllen müssen und nur auf wenige Krankenhäuser beschränkt sind. Die Finanzierung der Zentrumsaufgaben erfolgt über einen Zentrumszuschlag in Form eines krankenhausesindividuellen

Zuschlags. Zentrumszuschläge sind aufgrund ihres Charakters für Krankenhaus-Telekonsile in der Fläche ungeeignet.

7 Telekonsile im stationären psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbereich

Ähnlich wie im somatischen Bereich gibt es auch im psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbereich ein pauschalierendes Entgeltsystem, bei dem allerdings aus den Kosten und Verweildauern der Behandlungsfälle verweildauerbezogene Tagespauschalen hergeleitet werden. Zudem ist das pauschalierende PEPP-Entgeltsystem nicht wie das aDRG-System als Preissystem ausgestaltet, sondern im Sinne von Abschlagszahlungen mit krankenhaushaus-individuellen Budgets verknüpft.

Unabhängig von den Unterschieden wird auch die einheitliche Anwendung der pauschalen PEPP-Tagesentgelte durch die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen, die „Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2020a) und für die Kalkulation die „Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen in Einrichtungen gem. § 17d KHG“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2010) geregelt.

Die Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik legen fest, welche Diagnosen und Prozeduren wie zu verschlüsseln sind. So bestimmt die Allgemeine Kodierrichtlinie für Prozeduren PP001a, welche Prozeduren zu kodieren sind. Demnach sind alle Prozeduren zwischen Aufnahme und Entlassung zu kodieren, die im Prozedurenschlüssel abbildbar sind. Dazu gibt es einen Hinweis der Selbstverwaltung: „Zu kodieren sind auch die von der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung nach § 17d KHG veranlassten Leistungen (z. B. interne und externe konsiliarische Leistungen), sofern diese nicht durch die Einrichtung selbst außerhalb von § 17d KHG oder einen anderen Leistungserbringer mit der Krankenkasse abgerechnet werden.“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2020a)

Wenn sich etwa ein Patient eine Selbstverletzung beigebracht hat und die Wundversorgung in der Chirurgie erfolgt, dann kann z. B. die Primärnaht der Haut mit einem OPS-Code aus dem Bereich 5-900 angegeben werden.

Da es für das PEPP-System (wie im aDRG-System) irrelevant ist, ob eine Leistung in Form eines Konsils erbracht wird, sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel keine eigenständigen Codes für ein Konsile vorgesehen.

Durch ein Konsil entsteht der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung Aufwand:

- Aufwand des/der Konsilärzt*in;
- Personalaufwand des anfordernden Krankenhauses durch die Begleitung des/der Patient*in.

Der entstandene Aufwand rechtfertigt dann den Ansatz eines ICD- oder OPS-Kodes für die durchgeführte Behandlung durch den/die Konsilärzt*in.

Das ist umso wichtiger, weil der Anteil der Fälle mit einer oder mehreren kodierten Nebendiagnosen, die häufig auftretende somatische Begleiterkrankungen darstellen, zwischen 2011 und 2017 von 26 % auf 38 % gestiegen ist. „Es wurden folglich mehr Fälle (+12,0 Prozentpunkte) mit mindestens einer häufigen somatischen Komorbidität stationär oder teilstationär im Psych-Entgeltbereich behandelt. Im Jahr 2018 stieg der Anteil nochmals auf 39 Prozent (+1,0 Prozentpunkte)“ (Hamburg Center for Health Economics und BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit 2020, S. 126).

Die Grundlage für die Kalkulation stellt das „Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2010) dar. Dort wird unterschieden zwischen „Externe Konsile“, also von Dritten erhaltene Konsile, sowie Konsiliarleistungen an Dritte, also Konsile an andere Krankenhäuser. In der Kalkulation werden diese beiden Konsilleistungen unterschiedlich gehandhabt.

Entsprechend der Systematik der Krankenhausfinanzierung sind in der Kalkulation die Kosten des Krankenhauses für die Behandlung der eigenen Patient*innen von den Kosten für Patient*innen außerhalb des Krankenhauses oder außerhalb des Geltungsbereichs des PEPP-Systems abzugrenzen. Während die Konsiliarleistungen an Dritte als nicht kalkulationsrelevant eingestuft werden und die Leistungs- und Kostenanteile auszugliedern sind, gilt für die externen Konsile Folgendes: „Die Kosten externer Konsiliarleistungen werden im anfordernden Krankenhaus als Sachkosten unter der Kostenart ‚Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte‘ (Kostenartengruppe 6b) verbucht und der anfordernden Kostenstelle zugeordnet. Da in der Regel ein eindeutiger Patientenbezug vorliegt, sollten die Kosten externer Konsile als Einzelkosten zugerechnet werden.“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2010)

In der Kalkulation der aDRG-Fallpauschalen wurde die Kostenartengruppen 6c eingerichtet, die die „Sachkosten für von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen“ umfasst:

- Untersuchungen in fremden Instituten und
- Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzt*innen.

In der Kalkulation der tagesbezogenen PEPP-Entgelte wird dagegen auf eine gesonderte Kostenartengruppe 6c verzichtet, so dass die Kostenartengruppe 6b neben den „Honoraren für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte“ eine Vielzahl weiterer Kosten wie z. B. den medizinischen Bedarf für Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel oder den Bedarf für ärztlichen und pflegerischen Verbrauchsmaterial enthält.

Diese unterschiedliche Herangehensweise hat Konsequenzen bei der Identifikation der Kosten für Konsile. Im psychiatrischen/psychosomatischen Bereich ist diese Identifikation nicht möglich. Hinzu kommt, dass die tagesbezogenen durchschnittlichen Kosten sehr niedrig sind.

Anhand des PEPP-Browsers 2021, der die voll- und teilstationären Daten des Jahres 2019 der an der Kalkulation zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems teilnehmenden Krankenhäusern enthält, kann lediglich die Größenordnung der in der Kostenartengruppe 6b und den jeweiligen Kostenstellengruppen erfassten Kosten ermittelt werden. So betragen die durchschnittlichen tagesbezogenen Kosten, z. B. für das PEPP-Entgelt PA01B für die Kostenartengruppe 6b und die Kostenstelle „21. Station – Regelbehandlung“ 13 Cent. Das sind die höchsten tagesbezogenen Kosten für diese Kostenartengruppe über alle Kostenstellen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass aufgrund der oben genannten Limitationen der Erfassung der Konsile durch nicht im Krankenhaus angestellte Ärzt*innen auch im psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbereich keine Aussage bezüglich deren Anzahl, Häufigkeit oder Kosten getroffen werden kann. Anhand der Daten kann lediglich vermutet werden, dass die Kosten für eine konsiliarärztliche Behandlung eher niedrig sind und/oder sie nicht häufig erfolgen.

8 Vergütungsmöglichkeiten im stationären Krankenhausbereich

Das System der Krankenhausfinanzierung und die pauschalierenden Entgeltsysteme bieten unterschiedliche Möglichkeiten für die Vergütung von Leistungen, die in diesem Kapitel in Hinblick auf Telekonsile zur Diskussion gestellt werden.

8.1 DKG-NT

Wie in Kapitel 5.1 deutlich wurde, bietet der DKG-NT derzeit keine Möglichkeit der Vergütungsabbildung von Telekonsilen. Dies ergibt sich insbesondere daher, dass sich der/die Konsilärzt*in persönlich mit dem/der Patient*in befasst haben muss.

Damit auch eine Vergütung von Telekonsilen über den DKG-NT regelgerecht möglich ist, gibt es zwei Möglichkeiten:

- Die im privatärztlichen Bereich als Ausnahmeregelung verstandene Änderung der Ziffer 60 wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in den DKG-NT übernommen. Das bedeutet, dass auch bei keinem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt der Ansatz der Ziffer 60 möglich ist. In diesem Fall reicht eine Videosprechstunde zwischen Konsilärzt*in und Patient*in aus, um die persönliche Befassung mit dem/der Patient*in zu gewährleisten. Möglicherweise wäre auch eine Ausweitung dergestalt sinnvoll, dass ein Telekonsil gemäß der Gebührenordnungsposition 60 auch ohne Videokonferenz mit dem/der Patient*in möglich sei, sinnvoll.
- Im DKG-NT werden unabhängig von der GOÄ konkrete Gebührensätze (z. B. in einem eigenen Kapitel) mit geeigneter Differenzierung und Bewertung ergänzt.

Der DKG-NT stellt wie die GOÄ eine Gebührenordnung mit Einzelleistungen dar. Wird davon ausgegangen, dass diese Struktur auch in Zukunft erhalten bleibt, ermöglicht dies, dass jedes einzelne Telekonsil als Einzelleistung berechnungsfähig wäre. Dieses hohe Ausmaß an Flexibilität könnte gewährleisten, dass erforderliche mehrfache Telekonsile mit einem Arzt/einer Ärztin eines anderen Krankenhauses bzw. mit Ärzt*innen verschiedener Krankenhäuser vergütet werden können.

Die Vollkosten der Nr. 60 im DKG-NT können der Spalte 7 entnommen werden. Ein Konsil nach Nr. 60 im DKG-NT Band I (Spalte 7/Vollkosten) wird bei einem Punktwert von 10,1370 Cent für 12,12 Euro ausgewiesen. Weder die aufgewendete Zeit noch die Anzahl der beteiligten Ärzt*innen sind dafür ausschlaggebend.

Im Unterschied dazu gibt es im EBM eine Zeitkomponente, die Einfluss auf die Höhe der Vergütung hat. Mit der Gebührenordnungsnummer 01671 „Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung“ wird ein Telekonsil von bis zu 10 Minuten Länge vergütet. Dafür

werden im EBM 14,42 Euro angesetzt. Mit der Gebührenordnungsziffer 01672 „Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung“ kann das Telekonsil maximal um dreimal fünf Minuten verlängert werden. Je 5 Minuten Verlängerung können 7,32 Euro angesetzt werden. Gemäß dieser Regelung können Telekonsile von einer Länge von maximal 25 Minuten vergütet werden. Die maximal mögliche Vergütung liegt bei 36,38 Euro.

Ein Vergleich der Vergütungen zeigt, dass im EBM bereits die Grundleistung eines Telekonsils höher vergütet wird als im DKG-NT. Insofern zieht das die Frage nach sich, ob die Leistungsbewertung im DKG-NT grundsätzlich anzupassen wäre.

Der derzeitige DKG-NT sieht im Unterschied zum EBM keine Steigerung der Vergütung vor. Der EBM wählt hier den Weg über eine zeitgebundene Grundleistung und zeitgebundene Zuschläge. Die Varianz der Leistungsdauer kann damit besser abgebildet werden als etwa den Weg über Steigerungsfaktoren, wie sie in der GOÄ zum Einsatz kommen, falls die Leistungserbringung mit einem überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden ist.

Für den/die Konsil anfordernden Ärzt*in bietet der EBM nicht die Möglichkeit, seinen Zeitaufwand über eine Zeitkomponente sich vergüten zu lassen. Die Gebührenordnungsposition 01670 „Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums“ vergütet nur einen fixen Betrag in Höhe von 12,39 Euro unabhängig vom Aufwand der Datenzusammenstellung.

Die Datenweitergabe an das Konsil erbringende Krankenhaus sowie die Dokumentation von Telekonsilien könnte auch zwischen den Krankenhäusern basierend auf der Telekonsilien-Vereinbarung erfolgen. Das würde eine Übermittlung der Daten gemäß § 3 Abs. 2 der Telekonsilien-Vereinbarung durch das anfordernde Krankenhaus und das das Konsil durchführende Krankenhaus bedeuten. Die Zuordnung der Konsilanforderung sowie der telekonsiliarischen Beurteilung zu einem Patienten ist gleichfalls durch die Telekonsilien-Vereinbarung geregelt. In § 3 Abs. 3 der Vereinbarung heißt es: „Der/Die das Telekonsilium einholende Arzt/Zahnarzt bzw. Ärztin/ Zahnärztin stellt sicher, dass sowohl die elektronisch ausgetauschten patientenbezogenen Unterlagen als auch die Erst- und die telekonsiliarische Zweitbeurteilung zusammenhängend bezogen auf den/die Patient*in elektronisch dokumentiert und archiviert werden“ (Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. 2020).

In der bisherigen Anwendung des DKG-NT bei Konsilen erfolgt die Abrechnung der konsilärztlichen Leistungen aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Krankenhäusern. Mit anderen Worten: Das anfordernde Krankenhaus hat das Konsil aus seinen Erlösen aus der Behandlung seines/seiner Patient*in dem Krankenhaus, welches das Konsil erbracht hat, zu erstatten. Die Abrechnung auf DRG-Basis und die Vergütung auf Basis des DKG-NT erfolgen

hier losgelöst voneinander. Thematisiert werden müssten in diesem Zusammenhang folgende Fragen:

- Reicht die Vergütung für das Konsil anfordernde Krankenhaus über eine DRG aus, um die damit verbundenen Kosten auf der Basis des DKG-NT zu finanzieren?
- Ist die Erstattung für das Konsil erbringende Krankenhaus auf der Basis des DKG-NT sachgerecht?
- Sind die dem anfragenden Krankenhaus entstehenden Kosten sachgerecht in dessen DRG-Vergütung abgebildet?
- Welche Anreizwirkungen entstehen aus der Unabhängigkeit der beiden Vergütungswege?

In der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die Vergütung der Telekonsile extrabudgetär (vgl. Kapitel 4.2). Die zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vereinbarte Gesamtvergütung wird also um die Vergütung für Telekonsile aufgestockt. Dies erfolgt unter der Maßgabe der Förderung der Telekonsile im vertragsärztlichen Bereich.

Eine Förderung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern erfolgt derzeit nicht. Offen bleibt insofern, aus welchem Grund allein im ambulanten-vertragsärztlichen Bereich finanzielle Anreize in Form von Regelungen zur gesonderten Vergütung telekonsiliarischer Leistungen getroffen werden; eine vergleichbare Regelung zur Anreizsetzung könnte auch für Krankenhäuser sinnvoll sein. Dies würde bedeuten, dass die Finanzierung von Telekonsilen durch eine zusätzliche Finanzierung außerhalb der beschlossenen Budgets erfolgen sollte.

Da für die Durchführung von Telekonsilen eine bestimmte telematische Infrastruktur vorzuhalten ist, ist es nachvollziehbar, dass auch die Beauftragung von Telekonsilen über zusätzliche Mittel vergütet wird. Eine vergleichbare Regelung fördert sicherlich auch die Erbringung von Telekonsilen im stationären Bereich.

- **Zusammenfassend** lässt sich sagen, dass der DKG-NT und das DRG-System nicht ohne Weiteres für die Vergütung von Telekonsilen geeignet sind. Erforderlich für eine sachgerechte Abbildung von telekonsiliarischen Leistungen wären folgende Änderungen: Die Regelungen im DKG-NT zu Konsilen müssen im Hinblick auf die Durchführung von Telekonsilen angepasst bzw. erweitert werden. So ist die Abrechnung von Telekonsilen aufgrund des Erfordernisses eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes durch den/die Konsil erbringende/n Krankenhausärzt*in nicht ohne weiteres möglich. Die Anpassungen der Abrechnungsempfehlungen, die der Vorstand der Bundesärztekammer in den Jahren 2020 und 2021 vorgenommen hat, könnten durch die DKG übernommen werden. Allerdings ist unklar, ob hierüber eine sachgerechte Leistungs- bzw. Vergütungsabbildung

erreicht werden kann; ebenso ist nicht zu erwarten, dass über diesen Weg eine mögliche Anreizwirkung zur Erbringung telekonsiliarischer Leistungen geschaffen wird.

- Da der DKG-NT auf der GOÄ basiert, wären insbesondere eine Aufnahme von differenzierteren Gebührensätzen in die GOÄ folgerichtig.
- Die DKG könnte jedoch im DKG-NT Band I auch unabhängig von der GOÄ (z. B. in einem gesonderten Kapitel) die Gebührensätze für Telekonsile und die erforderlichen Abrechnungsbestimmungen regeln.
- Allerdings ist dabei zu beachten, dass die Anwendung des DKG-NT nicht rechtsverbindlich ist. Rechtsicherheit ist jedoch sowohl zur Vermeidung von Streitigkeiten zwischen den Krankenhäusern als auch zur Refinanzierung bzw. Anerkennung der Kosten im aDRG- und PEPP-System erforderlich. Daher müsste die Deutsche Krankenhausgesellschaft hierzu gesetzlich legitimiert werden.
- Die Abrechnungswege müssen geklärt werden. Derzeit kann nur das behandelnde Krankenhaus dem Kostenträger eine stationäre Leistung in Rechnung stellen. Das Krankenhaus, welches ein Telekonsil aber keine Behandlung durchgeführt hat, kann bei den Kostenträgern selbst keine Leistung abrechnen. Bei Durchführung von Telekonsilen müsste daher ebenso geregelt werden, auf welchem Wege das durchführende Krankenhaus eine Vergütung erhält. Dazu sind grundsätzlich zwei Wege denkbar: Im ersten Fall erhält das Krankenhaus, welches das Konsil anfordert, auch die Vergütungsbestandteile des ausführenden Krankenhauses und leitet diese im Innenverhältnis weiter an das ausführende Krankenhaus. Im zweiten Fall stellt das Konsil ausführende Krankenhaus den Kostenträgern die telekonsiliarische Leistung selbst in Rechnung.
- Um die Einführung und den Ausbau von Telekonsilen auch im stationären Bereich zu fördern, sollten für deren Vergütung in Analogie zum Vertragsarztbereich zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

8.2 Fallpauschalen

8.2.1 Überblick über das Fallpauschalensystem

Im Jahr 2003 wurden die krankenhausespezifischen Pflegesätze, die je Tag des Krankenhausaufenthaltes zu zahlen waren, sowie die damaligen Fallpauschalen und Sonderentgelte ausgehend von einer in Australien entwickelten Grundlage, ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem (§ 17, Abs. 1 Satz 1 KHG), das deutsche Diagnosis Related Group (DRG)-Fallpauschalensystem eingeführt. Von 2005 bis 2009 dauerte die sogenannte Konvergenzphase und die Angleichung der krankenhausespezifischen Preise an landesweit einheitliche Preise. Seit dem 1. Januar

2010 rechnen grundsätzlich alle allgemeinen Krankenhäuser in einem Bundesland ihre Leistungen zu einem landeseinheitlichen Preisniveau (Landesbasisfallwert) ab. Die Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale erfolgt EDV-gestützt (Grouper) und wird insbesondere bestimmt durch die Krankheitsart (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung sowie vor allem die erbrachten Leistungen (Operationen und Prozeduren). Der unterschiedliche Behandlungsaufwand wird durch verschiedene Bewertungsrelationen abgebildet. Mit der Fallpauschale wird die Vergütung einer definierten Erkrankung und deren Behandlung in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer kalkuliert. Innerhalb dieser Bandbreite wird die gleiche Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer gezahlt. Einer Über- oder Unterschreitung der so ermittelten Verweildauer wird durch Vergütungszuschläge oder -abschläge Rechnung getragen. Grundsätzlich ergibt sich der Preis einer Fallpauschale durch Multiplikation der Bewertungsrelation der jeweiligen DRG mit dem Landesbasisfallwert (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), das zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, wurde beschlossen, die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen künftig unabhängig von den Fallpauschalen zu vergüten. Dazu wurden die Pflegekostenanteile aus den DRGs ausgegliedert und auf Basis dessen wurden tagesbezogene Bewertungsrelationen für einen Pflegeerlöskatalog berechnet, der als separate Spalte im regulären Fallpauschalen-Katalog aufgeführt wird (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Der Katalog für das Jahr 2021 weist 1.275 Fallpauschalen aus. Je Krankenhausaufenthalt kann nur eine DRG mit entsprechendem Pflegeerlös abgerechnet werden (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

8.2.2 Verfahren zur Einführung neuer Prozedurenschlüssel

Sofern Telekonsile gezielt über das Fallpauschalensystem vergütet werden sollen, bedarf es der Einführung von neuen Prozedurenschlüsseln. Diese erfolgt sowohl hinsichtlich des zeitlichen Ablaufes als auch des Weiterentwicklungsprozesses des OPS-Kataloges an sich im Rahmen eines standardisierten Verfahrens (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021, 2020).

Grundsätzlich gilt, dass Änderungen des OPS auf der Grundlage eines vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchgeführten Vorschlagsverfahrens vorzunehmen sind. Dieses Verfahren findet einmal jährlich zu festen Terminen statt. Von dieser Verfahrensweise gibt es – neben redaktionellen Änderungen – gemäß § 2 Abs.2 i.V.m § 7 Abs. 3 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021) zwei Ausnahmen:

- Änderungen, die zur Umsetzung einer gesetzlichen Vorgabe erforderlich sind;

- Änderungen, die
 - für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme,
 - für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung oder
 - für die Weiterentwicklung anderer spezifischer Aspekte des Gesundheitssystems erforderlich sind.

Durch diese Ausnahmeregelungen ist zumindest theoretisch gewährleistet, dass neue OPS-Kodes für Telekonsile auch außerhalb des normalen Weiterentwicklungsprozesses in den Prozedurenschlüssel aufgenommen werden könnten, wenn hierfür die o. g. Ausnahmen geltend gemacht würden. Dadurch könnte die zeitliche Dauer des Verfahrens, die i. d. R. etwa ein Jahr beträgt, abgekürzt werden. Entscheidungen, die über das Vorschlagsverfahren eingebracht und umgesetzt werden, werden mit dem nächsten OPS-Katalog wirksam.

Das Verfahren zur Einführung von neuen OPS-Kodes sieht die Einbindung einer Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) vor (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2020). Die Aufgabe des Gremiums ist die Beratung des Ministeriums u. a. bei der Erarbeitung, Pflege und Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit 2020). Seine Mitglieder stammen aus maßgeblichen Organisationen des Gesundheitswesens, wie z. B. der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften oder der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Mitglieder des KKG werden vom Bundesministerium für Gesundheit auf Vorschlag der entsendenden Institution ernannt.

Gemäß § 4 Abs. 4 der Verfahrensordnung für die Festlegung der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) gilt für die Weiterentwicklung des Prozedurenschlüssel folgendes: „Für die Weiterentwicklung des OPS gilt der von der AG OPS entwickelte Gesichtspunktecatalog, der Kriterien für die Weiterentwicklung des OPS vorgibt. Vorschläge, die diesem Katalog nicht entsprechen, werden nicht weiterbearbeitet“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2020).

Das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit hat „Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS“ entwickelt (Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit 2019). Einer dieser Gesichtspunkte lautet: „Eine Prozedur ist für ökonomische Zwecke relevant (G-DRG-System, PEPP-Entgeltsystem, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und andere Abrechnungsverfahren). Sie wird i. d. R. in den OPS aufgenommen aufgrund der Notwendigkeit einer Prozedur für die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme“

(Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Wie weiter oben gezeigt, sind Telekonsile nur über den OPS-Kode 8-98b im OPS-Katalog enthalten. Sofern Telekonsile in Zukunft eine Vergütungsrelevanz für die stationäre Behandlung haben sollen, muss die Weiterentwicklung des DRG-Systems insofern angepasst werden, dass hier von der üblichen Pauschalierung abgewichen wird. Die Umsetzung kann in der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems und der Klassifikation erfolgen.

Über die Kodierung des OPS 8-98b.3 liegen derzeit nur Angaben zur Abrechnung der Leistung „mit Anwendung eines Telekonsildienstes“ vor. Ob und inwieweit Telekonsile darüber hinaus durchgeführt werden, ist unbekannt. Es liegen keine quantitativen und repräsentativen Angaben dazu vor. Das trifft auch auf die Kosten zu.

Es werden von dem KKG auch Gesichtspunkte für die Nichtaufnahme von Prozeduren in den OPS genannt. Dazu zählen u. a. „4. Untersuchungen und Behandlungen, die typische und stets wiederkehrende Bestandteile verschiedener diagnostischer oder therapeutischer Abläufe sind (z. B. klinische Aufnahmeuntersuchung, Wundverschluss nach einem operativen Eingriff)“ (Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit 2019). Dieses Kriterium könnte auf Telekonsile zutreffen.

Das entspricht dem in Kapitel 2 formulierten konstitutiven Merkmale für Telekonsile, dass diese nicht in Fällen zur Anwendung kommen, in denen das Standardrepertoire des jeweiligen Facharztgebietes betroffen ist. Für die Durchführung von Telekonsilen müssen darüber hinaus gehende komplexe medizinische Fragestellungen vorliegen. Erst wenn dies gewährleistet ist, kann eine Aufnahme von Prozeduren in den OPS für Telekonsile erfolgen.

Zwar liegt gemäß § 7 Abs. 1 der Verfahrensordnung für die Festlegung der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) die Entscheidung über die Umsetzung oder Ablehnung eines Vorschlags dem BfArM vor. Aber die AG OPS des KKG bereitet die Entscheidung vor und spricht eine Empfehlung aus. Diese Empfehlung dient als Grundlage für die Entscheidung des BfArM. „Von der Empfehlung der AG kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden, wenn die Umsetzung eines Vorschlags nachteilig oder erforderlich ist

1. für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme,
2. für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung oder
3. für die Weiterentwicklung anderer spezifischer Aspekte des Gesundheitssystems“

(Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2020).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Telekonsile unter folgenden Konstellationen als Prozeduren in den OPS aufgenommen werden können:

- Das Standardverfahren („Vorschlagsverfahren“) für die Aufnahme neuer OPS-Kodes in den Katalog kommt zur Anwendung.
- Abweichend vom Vorschlagsverfahren können neue OPS-Kodes in den Katalog aufgenommen werden, wenn sie zur Umsetzung einer gesetzlichen Vorgabe erforderlich oder für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems notwendig sind.
- Sofern eine gesetzliche Vorgabe umgesetzt werden muss oder es für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems erforderlich ist, dann kann auf Informationen über die Häufigkeit des Vorkommens von Telekonsilen verzichtet werden. Eine Erfassung der Häufigkeit würde zu einer deutlichen Verzögerung des Einführens von Telekonsilen führen.
- Das Gleiche trifft auch für Informationen über die Kosten von Telekonsilen zu.

8.2.3 Abbildung von Telekonsilen im OPS-Code

Im derzeitigen Fallpauschalensystem werden Telekonsile im Rahmen eines Telekonsildienstes nur an einer Stelle explizit berücksichtigt, nämlich beim OPS-Kode 8-98b.3 (Version 2021 des Operationen- und Prozedurenschlüssels).

An diesem OPS-Kode kann die Problematik verdeutlicht werden, die mit der Abbildung von Telekonsilen im Prozedurenschlüssel einhergeht.

Definition des OPS-Kodes

Eine Einschränkung für die Abrechnung von Telekonsilen ergibt sich durch die Definition des OPS-Kodes. Einfache OPS-Kodes enthalten wenig bis keine zusätzlichen Bedingungen für ihre Erbringung. So ist beispielsweise bei dem OPS-Kode 1-900 „Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik“ alleine die jeweilige Zeitdauer der Untersuchung maßgeblich für die Kodierung.

Bei dem OPS-Kode, der derzeit Telekonsile berücksichtigt, ist die Situation anders. Der OPS-Kode 8-98b.3 stellt einen Komplexcode dar. Bei Komplexcodes werden mehrere, zum Teil komplexe Bedingungen in einem Code zusammengefasst. Das sei in aller Ausführlichkeit anhand des Komplexkodes 8-98b dargestellt.

Für alle unter den Code 8-98b fallenden Codes müssen Strukturmerkmale wie z. B. „24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie“ oder „24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses“ nachgewiesen werden.

Sollen die Codes „8-98b.3 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes“ kodiert werden, gelten darüber hinaus noch weitere Strukturmerkmale, die dokumentiert und nachgewiesen werden müssen. Hierzu zählen u. a.:

- Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein/e Fachärzt*in für Neurologie im Team fest eingebunden ist.
- Der Telekonsildienst muss zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung stehen, zu denen ein/e Fachärzt*in für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht.
- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzt*innen, Pfleger*innen und Therapeut*innen.
- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators.
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr.
- Kontinuierliche, strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität.

Das bedeutet, dass ein Telekonsil nicht allein abgerechnet werden kann. Die Gesamtleistung aller Anforderungen des OPS-Kodes müssen erfüllt sein, um ihn kodieren zu können. Zur Gesamtleistung gehört dann auch die Anwendung eines Telekonsildienstes.

In Kapitel 6.2 wurde bereits beschrieben, welche Nachweise für die Dokumentation des Telekonsils und der anderen Merkmale zu leisten sind. Dadurch entsteht sowohl bei den Krankenhäusern, die ein Telekonsil durchführen, als auch bei den Kostenträgern, die die Leistung vergüten, durch Vorhaltung, Dokumentation und Kontrolle ein hoher Aufwand.

Zuordnung des OPS-Kodes zu Fallpauschalen

Sinn und Zweck der Einführung von neuen Prozedurenschlüsseln ist häufig die Frage, ob mit der entsprechenden Leistung Kosten verbunden sind, die im Fallpauschalensystem als „Kostentrenner“ wirksam und somit vergütungsrelevant werden sollen. Die Systematik des Fallpauschalensystems anhand des OPS-Kodes 8-98b.3 (Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mit Anwendung eines Telekonsildienstes) verdeutlicht werden.

Im Definitionshandbuch der German Diagnosis Related Groups, aG-DRG-Version 2021 (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2020c) findet sich im Band 3 eine Übersicht über die zu diesem OPS-Kode gehörigen Fallpauschalen:

Tab. 8: Zuordnung des OPS-Kodes 8-98b.3 zu den agDRGs Version 2021

OPS-Code	Zeitsplitt	aG-DRG 2021
8-98b.30	Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	B44A, B44B, B69C, B70C, B70D, B70G, G67A
8-98b.31	Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	B44A, B44B, B69C, B70C, B70D, B70G, G67A
8-98b.32	Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	B18A, B39A, B39B, B39C, B44A, B44B, B69C, B70C, B70G, E65A, E65B, E69B, E79A, E79B, F67A, G67A, I09D, I68B, I68C, J61A, L63C
8-98b.33	Mehr als 96 Stunden	B18A, B39A, B39B, B39C, B44A, B44B, B69C, B70C, B70G, E65A, E65B, E69B, E79A, E79B, F67A, G67A, I09D, I68B, I68C, J61A, L63C

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Definitionshandbuch der German Diagnosis Related Groups, aG-DRG-Version 2021

Für die Definition der Fallpauschalen ist eine eindeutige Zuordnung der OPS-Kodes zu den Fallpauschalen erforderlich. Das heißt in Bezug auf Telekonsile, dass definiert wird, bei welchen Fallpauschalen Telekonsile zum Leistungsinhalt via OPS-Kode gehören und welche Anforderungen gleichfalls zu erfüllen sind, um die DRG abrechnen zu können. Je nach Anzahl der Fallpauschalen, über die Telekonsile vergütet werden, bedeutet das eine geringe Flexibilität für die Anwendung telekonsiliarische Leistungen. So können im derzeitigen DRG-System lediglich 23 von 1.285 Fallpauschalen mittels eines der Codes 8-98b.3 angesteuert werden.

Der OPS-Kode 8-98b.3 differenziert im Hinblick auf die Behandlungsdauer des/der Patient*in einer spezialisierten Einheit. Der Ansatz dieses OPS-Kodes ist damit unabhängig von der Zeitdauer des Telekonsils. Es ist erkennbar, dass es nicht das Ziel der fallbezogenen Pauschalierung ist, den Aufwand von einzelnen Leistungen wie Telekonsile abzubilden.

Gleiches gilt, wenn während des Krankenhausaufenthalts des/der Patient*in mehr als ein Telekonsil notwendig ist. Abgerechnet werden kann je Fall nur eine DRG.

Durch die Struktur- und die Mindestmerkmale wird auch festgelegt, welche Arztgruppe ein Telekonsil führen und damit auch abrechnen kann. Durch eine solche Festlegung werden Telekonsile auf die im OPS-Kode festgelegten Arztgruppen beschränkt. Ein medizinisch erforderliches Telekonsil mit einer anderen Arztgruppe wird damit nicht vergütet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei einer Einbindung von weiteren Telekonsilen in den OPS auf folgende Aspekte geachtet werden sollte:

- OPS-Kodes für Telekonsile sollten als eigenständige Leistung und unabhängig von fallbezogenen Merkmalen oder anderen Leistungen definiert werden.
- OPS-Kodes für Telekonsile sollten nicht in Komplexcodes eingebunden werden, da dadurch ein unnötig hoher Dokumentations- und Kontrollaufwand entsteht.

- Der Aufwand eines Telekonsils sollte im Hinblick auf die zeitliche Dauer, die Frequenz und die eingebundenen Arztgruppen adäquat im OPS-Kode abgebildet werden.
- Eine einschränkende Zuordnung von OPS-Kode zur bestimmten Fallpauschalen sollte vermieden werden, um einen breiten Einsatz von Telekonsilen zu ermöglichen.
- Geklärt werden muss zudem die Frage, wer den OPS-Kode kodieren (und somit ggf. für die diesbezüglichen Qualitätsanforderungen verantwortlich ist) und abrechnen soll: das erbringende, das anfordernde Krankenhaus oder beide. Oder muss es jeweils zwei komplementäre, sich wechselseitig bedingende OPS-Kodes geben.

8.2.4 Differenzierung nach Aufwand bei der Erbringung von Telekonsilen

Durch Telekonsile entsteht sowohl im anfordernden als auch im erbringenden Krankenhaus Aufwand. Dieser Aufwand sollte bei der Einbindung von Telekonsilen adäquat im Fallpauschalensystem abgebildet werden. Allerdings ist zu erwarten, dass Telekonsile auf Grund des hohen Pauschalierungsgrades des Systems und der im Vergleich zu den Fallkosten geringeren Kosten von Teilleistungen nicht zu einer merklichen Aufwertung der betreffenden Fallpauschalen führen werden. Die Kosten der Telekonsilen würden somit zwar in die Fallpauschalen eingehen, aber nicht gezielt vergütet werden.

Dennoch sollte bei der Ausgestaltung des Prozedurenschlüssels innerhalb eines OPS-Kodes der unterschiedlich hohe Aufwand für die Erbringung der Leistung durch zusätzliche Parameter berücksichtigt werden. Bei den Kosten sollte die Höhe unterschieden werden können, sofern sich verschiedene Prozeduren in einer Schlüsselnummer hinsichtlich der Kosten unterscheiden.

8.2.5 Verfahren der Normierung

Aufgrund der dynamischen Struktur des DRG-Systems erfolgt jedes Jahr eine neue DRG-Kalkulation und eine Neubewertung der Fallpauschalen. Die DRG-Kalkulation erfolgt auf der Grundlage tatsächlicher Kostendaten einer Stichprobe von Krankenhäusern (InEK Kalkulationskrankenhäuser). „Da das InEK mit historischen Kostendaten einer Stichprobe arbeitet und die eigentliche Bepreisung der vom Krankenhaus erbrachten Leistung erst über den Basisfallwert erfolgt, bedarf es einer Rechengröße, um von den mittleren Kosten einer DRG zu einer Bewertungsrelation (Relativgewicht) zu gelangen. Dieser InEK interne Verrechnungswert wird Bezugsgröße genannt.“ (DRG-Research-Group 2010, S. 23)

Die Bezugsgröße wird so bestimmt, dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen auf der Bundesebene beim Übergang des Fallpauschalenkatalogs des Vorjahres auf den Katalog des aktuellen Jahres konstant bleibt. Durch diese Normierung sollen Casemix-Veränderungen

auf der Bundesebene, die sich allein aufgrund des Katalogwechsels ergeben, vermieden werden.

Dieser Mechanismus, der seit 2006 vom InEK praktiziert wird, ist sinnvoll, um ungewünschte Liquiditätseffekte aufgrund von Katalogänderungen zu vermeiden. In Bezug auf die Einführung von Telekonsilen in das Fallpauschalensystem ergibt sich ein Problem, welches beachtet werden muss.

Es geht um die Schätzung der Effekte, die von einer Änderung des Fallpauschalenkatalogs ausgehen: „Wird zum Beispiel eine im Vorjahr unbewertete G-DRG im neuen G-DRG-Katalog mit einer bundesweit gültigen Bewertungsrelation belegt, so kommt es bei Nutzung des Übergangsgroupers zu einem z. T. deutlichen Anstieg des Casemix. Dieser ist jedoch artifiziell, da zusätzliche Fälle in die Gruppe der bewerteten Fälle integriert wurden. Bei der Normierung einer neuen G-DRG-Version versucht das InEK diese Effekte zu berücksichtigen.“ (DRG-Research-Group 2010, S. 21)

Dies ist allerdings schwierig, wenn die neue Fallpauschale auf einem OPS-Kode beruht, der im Vorjahr entweder erst neu in den Prozedurenschlüssel aufgenommen wurde oder der im Vorjahr noch nicht gruppierungsrelevant war. Damit ist der OPS-Kode dann in den Daten, die als Grundlage für die Normierung dienen, nicht enthalten. Die Messung des Katalogeffekts ist dann schwierig. Eine Berücksichtigung der Effekte kann dann nur auf Schätzungen beruhen.

8.2.6 Zwischenfazit Fallpauschalen

Die Abbildung von Telekonsilen in Fallpauschalen ist zwar möglich, wäre aber für die Durchführung von Telekonsilen mit hohen Hindernissen verbunden. Im Folgenden werden die mit der Vergütung von Telekonsilen über Fallpauschalen verbundenen Probleme aufgeführt.

- Für eine Vergütung über die pauschalierenden Entgeltsysteme müssten OPS-Kodes entwickelt werden, die die Telekonsile inhaltlich und aufwandmäßig adäquat abbilden. Dabei sollten die Telekonsile als eigenständige Leistungen in den OPS-Kodes abgebildet werden.
- Die Einbindung telekonsiliarischer Leistungen in einen Komplexkode ist nicht zielführend. Dies würde den Ansatz eines solchen OPS-Kodes abhängig von weiteren Bedingungen und Nachweisen machen, die die Durchführung eines Telekonsils unnötig einschränken würden.
- Die Kosten von Telekonsilen sollten adäquat berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass etwa die Dauer und die Anzahl von Telekonsilen, aber auch die Anzahl und der Facharztbereich der teilnehmenden Ärzt*innen Eingang in die Definition und Kostenkalkulation von Entgelten für Telekonsile finden sollten.

- Die erforderliche Zuordnung von OPS-Kodes zu den Fallpauschalen würde die Inanspruchnahme von Telekonsilen auf bestimmte Fallpauschalen einschränken. Damit würden Telekonsile, die medizinisch sinnvoll sind, jedoch nicht zu diesen Fallkonstellationen zählen, nicht berücksichtigt.
- Auf Grund des hohen Pauschalierungsgrads der Fallpauschalen würden zukünftig auch die Kosten von Telekonsilen in die durchschnittlichen Fallkosten und somit in die Vergütungshöhe der Fallpauschalen einfließen. Allerdings ist nicht zu erwarten, dass Telekonsile eine Gruppierungs- und somit Vergütungsrelevanz haben würden. Auf Grund der fehlenden Gruppierungsrelevanz wiederum wäre auch die Einführung von OPS-Kodes für Telekonsile bei einer Vergütung innerhalb der Fallpauschalen nicht zielführend.
- Mit der Fallpauschale wird die Behandlung eines/einer Patient*in vergütet. Damit erhält nur das Krankenhaus, welches ein Telekonsil anfordert, eine pauschale Vergütung. Aus dieser Vergütung hat das anfordernde Krankenhaus dem ausführenden Krankenhaus das Telekonsil zu vergüten. Somit entsteht für das anfordernde Krankenhaus ein wirtschaftlicher Anreiz, Telekonsile zu vermeiden.
- Um den Aufwand des Telekonsils durchführender Krankenhäuser adäquat zu vergüten und einen systemimmanenten Anreiz zur Vermeidung von Telekonsilen für die anfragenden Krankenhäuser zu vermeiden, sollte das Telekonsil durchführende Krankenhaus eine eigenständige Vergütung erhalten, die diese direkt mit der Krankenkasse abrechnen kann. Die für eine eigenständige Vergütung im Sinne eines „Telekonsils auf Überweisung“ erforderlichen Regelungen können sich an der Systematik in der vertragsärztlichen Versorgung orientieren.
- Wie im Vertragsarztbereich sollte die Einführung von Telekonsilen auch für die stationäre Versorgung durch die Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel in Form einer extrabudgetären Vergütung gefördert werden. Wenn die Telekonsilen über Fallpauschalen abgegolten werden, ist dies allein schon methodisch nicht möglich.

Zusammenfassend wird aus den vielfältigen Einschränkungen erkennbar, dass eine Vergütung oder Refinanzierung von Telekonsilen über Fallpauschalen nicht sinnvoll wäre. Dieser Ansatz wird daher nicht als Empfehlung im Fazit dieses Gutachtens aufgegriffen.

8.3 Zusatzentgelte

Zusatzentgelte dienen der Vergütungen von Leistungen, die nicht sachgerecht über Fallpauschalen vergütet werden können. Dabei ist anzumerken, dass Zusatzentgelte sowohl im aDRG- als auch im PEPP-System etabliert sind und sich die folgenden Ausführungen zu den Zusatzentgelten somit auf beide Entgeltsysteme beziehen.

Seit 2005 gibt es die Möglichkeit, als Ergänzung zu Fallpauschalen Zusatzentgelte abzurechnen. Gemäß Krankenhausentgeltgesetz gibt es:

- Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog sowie
- gesonderte Zusatzentgelte nach § 6.

Im Zusatzentgelte-Katalog 2021 befinden sich 81 bewertete Zusatzentgelte. Die Anzahl der krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG liegt bei 145 (vgl. Tab. 9) (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2020e).

Tab. 9: Zusatzentgelte in der aG-DRG Version 2021

Zusatzentgelte aG-DRG-System 2021	Anzahl
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte	
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	38
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	39
Besondere Behandlungsformen	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG	
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	47
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	92
Besondere Behandlungsformen	6
Gesamt	226

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Zusatzentgelte-Katalog 2021

Zusatzentgelte werden für bestimmte Leistungsinhalte vereinbart. „Diese Zusatzentgelte umfassen folgende Leistungskomplexe:

- Teure Medikamente
- Teure Sachmittel
- Besondere therapeutische Verfahren
- Besondere diagnostische Verfahren“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019).

Die Vergütung von Telekonsilen über Zusatzentgelte würde damit in den Leistungsinhalt „Besondere diagnostische Verfahren“ fallen.

Da Zusatzentgelte nur im Zusammenhang mit Fallpauschalen abgerechnet werden können, wäre der unmittelbare Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung gegeben. Zusatzentgelte stellen eine Möglichkeit dar, auch bestimmte Teilleistungen wie Telekonsile gesondert und somit gezielt zu vergüten.

„Die Abrechnung der Zusatzentgelte wird bis auf wenige Ausnahmen allein über Prozedurencodes ausgelöst, die bei vielen Zusatzentgelten nach der verabreichten Dosis bei

Arzneimitteln oder anderen Mengenangaben gestaffelt sind“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019).

Eine Staffelung der Vergütung wie bei den medikamentenbezogenen Zusatzentgelten oder der Anzahl der Metallspiralen bei der selektiven Embolisation könnte sich auch für Telekonsile anbieten. So könnte eine adäquate Vergütung unterschiedlich hoher Kosten für folgende Sachverhalte abgebildet werden:

- Anzahl der Telekonsile je stationärem Fall,
- Anzahl der teilnehmenden Ärzt*innen,
- Art der Fachabteilung der teilnehmenden Ärzt*innen,
- Dauer des Telekonsils.

Kennzeichen der Prozedurenschlüssel bei den medikamentenbezogenen Zusatzentgelten sind die einfach und transparent gestalteten OPS-Kodes in Kapitel 6 „Medikamente“. Zur Definition und die Einführung der entsprechenden Prozedurenschlüssel wurde in den Kapiteln 8.2.2 ff. schon Stellung genommen.

Eine Besonderheit stellen die Zusatzentgelte dar, die keine OPS-Kodes aufweisen. Hierzu zählen beispielsweise die beiden Zusatzentgelte ZE2021-36 „Versorgung von Schwerstbehinderten“ und ZE2021-49 „Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion“. Auch wenn diese Zusatzentgelte eher seltene medizinische Konstellationen betreffen, verdeutlichen sie doch, dass Zusatzentgelte auch ohne OPS-Kodierung definiert werden können.

Bei den Zusatzentgelten muss unterschieden werden zwischen

- mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte und
- unbewerteten Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

Im ersten Fall liegen Zusatzentgelte vor, die im Fallpauschalen-Katalog bundeseinheitlich mit Eurobeträgen bewertet sind. Die Kalkulation der Höhe der Vergütung erfolgt durch das InEK. Sollten Telekonsile über bundeseinheitliche Zusatzentgelte vergütet werden, wäre die Vergütungshöhe einheitlich für alle Krankenhäuser geregelt.

Bei unbewerteten Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG muss die Höhe der Vergütung krankenhausesindividuell auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart werden. „Alle krankenhausesindividuellen Entgelte bedürfen einer exakten überprüfbaren Kalkulation, um einerseits eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen und andererseits bei den Budgetverhandlungen gegenüber den Krankenkassen den Nachweis der

Kosten darlegen zu können“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019). Je nach Kalkulation und Kosten können daher Telekonsile unterschiedlich hoch vergütet werden.

Die Abrechnung von Zusatzentgelten darf nur im Zusammenhang mit einer Fallpauschale erfolgen. Sofern der/die Patient*in als stationärer Fall im Telekonsil anfordernden Krankenhaus verbleibt, darf das anfordernde Krankenhaus neben der Fallpauschale auch das entsprechende Zusatzentgelt für das Telekonsil ansetzen. Wenn es keine Vergütungsregelung für das das Telekonsil ausführende Krankenhaus gibt, müsste das Zusatzentgelt geteilt werden zwischen dem anfordernden und dem ausführenden Krankenhaus. Eine solche Konstellation würde nicht dem Beispiel aus dem vertragsärztlichen Bereich folgen und hätte auch Auswirkungen auf die Häufigkeit von Telekonsilen. Für die Überführung von Telekonsilen in den Regelbetrieb wäre daher eine zusätzliche Vergütung für das ausführende Krankenhaus sinnvoll. In diesem Zusammenhang muss bei krankenhausesindividuellen Zusatzentgelten berücksichtigt werden, dass diese je nach Krankenhaus unterschiedlich hoch ausfallen können. An Ausgleichs- oder Verrechnungsregelungen sollte in diesem Zusammenhang gedacht werden.

Eine Förderung von Telekonsilen im stationären Bereich sollte vergleichbar wie im Vertragsarztbereich beschaffen sein. Auch hier sollte die Vergütung der Telekonsile gesondert erfolgen. Eine solche Regelung liegt bei dem Zusatzentgelt ZE2021-97 „Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren“ schon vor.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Zusatzentgelte für die Vergütung bzw. die Refinanzierung von Telekonsilen nur unter bestimmten Rahmenbindungen, die im Vorfeld zu klären sind, geeignet sein könnten.

- Die für den Entgeltkatalog zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene müssen sich bereit erklären, für Telekonsile trotz der relativ niedrigen Beträge bewertete Zusatzentgelte zu vereinbaren.
- Die Zusatzentgelte sollten die Kosten für unterschiedliche Konstellationen von Telekonsilen adäquat abbilden und sowohl die Kosten des anfragenden als auch des durchführenden Krankenhauses umfassen. Dabei könnte der Aufwand des Telekonsils zum Beispiel durch die Dauer und die Anzahl von Telekonsilen und ggf. auch durch die Art und Anzahl der beteiligten Facharztbereiche in die Definition und Kostenkalkulation der Zusatzentgelte Eingang finden.
- Die Zusatzentgelte sollten bundeseinheitlich definiert und bewertet werden, um kleinteilige und streitbehaftete Verhandlungen auf der Ortsebene zu vermeiden.
- Es sollte keine Abhängigkeit der Zusatzentgelte von bestimmten Fallpauschalen geben.

- Die Vergütung bzw. Abrechnung von Telekonsilen sollte sowohl für die anfordernden als auch die ausführenden Krankenhäuser geregelt werden. Die Abrechnung der Zusatzentgelte mit den Krankenkassen ist in der FPV bzw. PEPPV zu regeln.
- Der wirtschaftliche Anreiz für das anfragende Krankenhaus, Telekonsile zu vermeiden, ließe sich mit einer gesonderten Vergütung durch Zusatzentgelte sowohl im aDRG- als auch im PEPP-System erreichen.
- Für die Abrechnung der Zusatzentgelte wäre eine eindeutige Zuordnung der Telekonsilleistungen über OPS-Kodes hilfreich. Die Einführung von OPS-Kodes für Telekonsilleistungen wäre jedoch nur sinnvoll, wenn vorher entschieden wird, dass Telekonsile über Zusatzentgelte vergütet werden sollen. Zudem muss der OPS-Kode ausschließlich die Konsilleistung beschreiben und darf keine zusätzlichen, einschränkenden Vorgaben machen.
- Die Vergütung von Telekonsilen im stationären Bereich sollte in Analogie zum Vertragsarztbereich über zusätzliche finanzielle Mittel erfolgen. Dies wäre bei einer gesonderten Finanzierung über Zusatzentgelte grundsätzlich möglich, wenn die Bereitstellung zusätzlicher Mittel gesetzlich verankert wird.

Zusammenfassend wird erkennbar, dass eine Vergütung und Refinanzierung von Telekonsilen über Zusatzentgelte unter bestimmten Voraussetzungen und in Verbindung mit einer Abrechnungsgrundlage für die Erstattung des Telekonsils im Innenverhältnis der beteiligten Krankenhäuser (z. B. DKG-NT) möglich wäre.

8.4 Zuschläge

8.4.1 Zentrumszuschläge

Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die als Zentren besondere Aufgaben wahrnehmen, können hierfür auf Grundlage der sogenannten „Zentrums-Regelungen“ des G-BA Zuschläge erhalten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021x). Die gesetzliche Grundlage hierfür besteht in § 3 Abs. 3 des KHEntgG: „Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“ Voraussetzung ist, dass auf der Landesebene die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten ausgewählten Krankenhäusern durch die Landesplanungsbehörde zugewiesen werden. Nur auf dieser Grundlage kann das Krankenhaus Zentrumsaufgaben wahrnehmen. Stellt das Krankenhaus ein Zentrum oder einen Schwerpunkt in der medizinischen Versorgung dar, kann ein zwischen

Krankenhaus und Krankenkasse individuell verhandelter Zuschlag über alle Fälle für die besonderen Aufgaben dieser Zentren berechnet werden.

Der G-BA hat in den „Zentrums-Regelungen“ bisher folgende Zentren definiert:

- Zentren für seltene Erkrankungen,
- Onkologische Zentren,
- Traumazentren,
- Rheumatologische Zentren,
- Herzzentren,
- Neurovaskuläre Zentren,
- Lungenzentren.

Ebenso hat der G-BA in den Zentrums-Regelungen definiert, was unter diesen besonderen Aufgaben zu verstehen ist und die damit verbundenen Qualitätsanforderungen, die für die Vereinbarung eines Zuschlags erfüllt werden müssen, festgelegt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021x).

Eine besondere Aufgabe kann sich nach § 136c Absatz 5 Satz SGB V insbesondere ergeben aus

- einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, bei der das Zentrum in einem Netzwerk mit anderen Leistungserbringern eine zentrale Funktion einnimmt und federführend Kooperationen sowie fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen durchführt;
- der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, vorausgesetzt, dass aufgrund geringer Häufigkeit einer Erkrankung oder der Besonderheit einer Erkrankung eine Erforderlichkeit der besonderen Vorhaltung vorliegt, z. B. eine seltene personelle Fachexpertise vorgehalten wird;
- der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen, insbesondere betreffend den Betrieb außergewöhnlich kostenintensiver Großgeräte und die medizinische Kompetenz für außergewöhnlich kostenintensive und komplexe Diagnostik- und Behandlungsformen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021l).

Abgesehen davon kann sich eine besondere Aufgabe ergeben, wenn ein Krankenhaus eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die der stationären Behandlung der Patient*innen mittelbar zugutekommt. Dies kann somit auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, wie z. B. das Beraten von anderen Leistungserbringern zu besonders komplexen Indikationen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020c).

Keine besonderen Aufgaben liegen vor, wenn sie bereits durch Entgelte nach dem KHEntgG, KHG oder dem SGB V vergütet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021I).

Derzeit werden vom G-BA in allen definierten Arten von zuschlagsberechtigten Zentren auch telemedizinische Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen als besondere Aufgaben aufgeführt, insofern diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind. Im Falle Onkologischer Zentren können dies beispielsweise onkologische Fallkonferenzen, fachspezifische Kolloquien oder die Durchführung von Tumorboards für Patient*innen anderer Krankenhäuser sein (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021I).

Die gesetzliche Grundlage zeigt, dass für Telekonsile bereits eine Vergütungsmöglichkeit über Zentrumszuschläge besteht. Diese beschränkt sich jedoch nur auf die definierten Zentren. Medizinische Fachbereiche, die in den Zentrums-Regelungen derzeit nicht abgebildet sind, werden daher aktuell von einer sachgerechten Vergütung ausgeschlossen. Im Falle weiterer positiver Beschlüsse zu Ergebnissen aus dem Innovationsfonds-Projekten, die in Kapitel 3 thematisiert wurden, und der damit verbundenen Übernahme neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung, würden beispielsweise pädiatrische Zentren im Rahmen der Versorgungsform „RTP-NET“ nicht berücksichtigt werden. Ebenso bestehen derzeit Beschränkungen in Bezug auf bestimmte Patientengruppen und Krankheitsbilder bei den definierten Zentren.

Bedacht werden sollte hierbei allerdings auch, dass nur jene Krankenhäuser einen Zentrumszuschlag erhalten können, die einerseits die vom G-BA festgelegten und hohen Qualitätsanforderungen erfüllen, und andererseits auf der Landesebene als Zentrum ausgewiesen werden. Demnach beschränkt sich das Zentrumspotential auf sehr spezialisierte, wissenschaftlich aktive und vernetzte Kliniken mit den entsprechend geforderten Mindestfallzahlen.

8.4.2 Sonstige Zuschläge

„Neben den Zu- oder Abschlägen, die im Rahmen der Budgetverhandlung von Bedeutung sein können, gibt es weitere Zuschläge, die aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen abrechnungsrelevant sind“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019). In der nachfolgenden Tab. 10 sind diese Zuschläge aufgeführt.

Tab. 10: Sonstige Zuschläge

Zuschlag	Höhe
Qualitätssicherungszuschlag (§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG)	0,74 € (Anteil Krankenhaus) + Anteil Land (je vollstationären Fall)
Systemzuschlag für den G-BA, IQWiG und IQTiG	1,82 € je voll- und teilstationären Fall
DRG-Systemzuschlag (§ 17b Abs. 5 KHG)	1,59 € je voll- und teilstationären Fall
Zuschlag für Begleitpersonen (§ 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG)	45 € je Kalendertag

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2019

Die aufgeführten Zuschläge bieten jedoch keine geeignete Basis für eine sachgerechte Vergütung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern. Nachfolgend wird dies anhand des Qualitätssicherungszuschlags beispielhaft erläutert.

Zum Zwecke der Umsetzung verpflichtender Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und der Gewährleistung eines transparenten Verfahrens der Vorbereitung, Entwicklung, Durchführung einschließlich der Auswertung und Bewertung von Qualitätssicherungsdaten sowie der Beschlussfassung über Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Behandlung im Krankenhaus, ist am 1. Januar 2007 erstmals die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in Kraft getreten. Die beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden über einen Zuschlag auf jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall, den sogenannten „Qualitätssicherungszuschlag (QS-Zuschlag)“ finanziert. Der Zuschlag setzte sich aus zwei Komponenten zusammen, für die jeweils gesonderte Beträge vereinbart wurden:

- Zuschlagsanteil Krankenhaus (für die interne Dokumentation im Krankenhaus),
- Zuschlagsanteil Land (für die Aufwendungen auf Landesebene).

Die Höhe des Zuschlagsanteils Land wurde dabei auf Landesebene vereinbart. Bei deren Festlegung sind die Aufgaben auf Landesebene zu berücksichtigen. Die nach dem KHG, KHEntgG und der BpflV zuständigen Vertragsparteien vereinbaren die Höhe der Zuschlagsanteile Krankenhaus und veröffentlichen diese in geeigneter Weise (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017).

Mit der Überführung der Leistungsbereiche der QSKH-RL in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) werden seit dem 1. Januar 2020 Aufwände für die interne Dokumentation im Krankenhaus, die sich aus Richtlinien des G-BAs nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser ergeben, über einen Zuschlag auf jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall finanziert (QS-Zuschlag). Dieser betrug im Jahre 2018 und 2019 jeweils 0,74 EUR und beträgt für die Jahre 2020, 2021 und 2022 jeweils 0,81 EUR. Für

das Jahr 2023 wird der Zuschlag neu verhandelt. Der Zuschlagsanteil Land gemäß Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) für die Aufwendungen auf Landesebene wird weiterhin individuell auf Landesebene vereinbart (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) et al. 2019; Gemeinsamer Bundesausschuss 2020b).

Da der QS-Zuschlag sich aus den gesetzlichen Regelungen ergibt, der Finanzierung von Aufwänden für die interne Dokumentation im Krankenhaus dient und allgemein kein inhaltlicher Zusammenhang zu medizinischen Leistungen besteht, erscheint eine zukünftige Finanzierung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern über den QS-Zuschlag weder sinnvoll noch sachgerecht. Hinzu kommt, dass auch ein Zuschlagsanteil für die Aufwendungen auf Landesebene keinen inhaltlichen Zusammenhang zu telekonsiliarischen Leistungen zwischen Krankenhäusern aufweist. Für den DRG-Zuschlag, den Systemzuschlag für den G-BA, IQWiG und IQTiG sowie den Zuschlag für Begleitpersonen gilt eine vergleichbare Argumentation wie für die Qualitätssicherungszuschläge. Insofern bieten sich die sonstigen Zuschläge nicht für die Vergütung von Telekonsilen an.

8.4.3 Zwischenfazit Zuschläge

Wie ausgeführt müssen Zentrumszuschläge hohe Anforderungen erfüllen und sind nur auf wenige Krankenhäuser beschränkt. Aufgrund des beschriebenen restriktiven Charakters dieser Finanzierungsform und der expliziten Ausweisung von Krankenhäusern durch die Landesplanungsbehörde bieten Zentrumszuschläge in der heutigen Form keinen geeigneten Ansatz für eine Etablierung von Telekonsilen in der Regelversorgung.

Damit steht diese Vergütungsform nur wenigen Krankenhäusern zur Verfügung. Krankenhäuser, die Telekonsile bei anderen Krankenhäusern beauftragen, werden darüber hinaus bei dieser Vergütungsform überhaupt nicht berücksichtigt. Die besondere Expertise für Telekonsile müsste deutlich breiter verstanden werden, da es nicht sinnvoll wäre, das Angebot von Telekonsilen auf sehr wenige Krankenhäuser zu beschränken. Eine Verstetigung telekonsiliarischer Leistungen im System für eine flächendeckende Umsetzung auf Basis der derzeitigen Zentrums-Regelungen ist somit nicht realisierbar.

Eine Zuschlagsfinanzierung für Telekonsile sollte nicht wie die Zentrumszuschläge auf festgelegte Fachbereiche und Krankheitsbilder beschränkt werden. Hierfür müssten neue gesetzliche Rahmenbedingungen für die zuschlagsberechtigte Krankenhäuser geschaffen und geeignete Anforderungen entwickelt werden.

Für eine sachgerechte Vergütung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern über Zuschläge müssten daher die folgenden Aspekte berücksichtigt und geregelt werden:

- Die Vergütung von Telekonsilen muss deutlich mehr Patientengruppen und Krankheitsbilder umfassen als bislang auch medizinische Fachbereiche umfassen, die in den Zentrums-Regelungen derzeit nicht abgebildet sind. Die Definition der umfassten Fachbereiche erfordert eine gesetzliche Regelung. Eine flexible Anpassung sollte hierbei möglich sein, um weitere Patientengruppen, Krankheitsbilder und Fachbereiche zu inkludieren, um beispielsweise auch neue Versorgungsformen, die zunächst aus Mitteln des Innovationsfonds finanziert wurden, in die Regelversorgung zu übernehmen und deren sachgerechte Vergütung sicherzustellen. Für eine dauerhafte Regelfinanzierung sind zudem zeitlich unbefristete Regelungen zwingend erforderlich.
- Für eine sachgerechte Vergütung sollten Aufwand durch die Dauer, die Anzahl von Telekonsilen, die Art und die Anzahl der Beteiligten sowie die hierfür notwendige technische Ausstattung Berücksichtigung finden. Ebenso sollte bedacht werden, dass Telekonsile in der Regelversorgung möglich sein sollten.
- Sowohl das auftraggebende als auch das ausführende Krankenhaus müssen eine Vergütung bei Durchführung eines Telekonsils erhalten.
- Da die Zentrumszuschläge zudem im Allgemeinen dem Sinn und Zweck nach den Kreis der Leistungserbringer einschränken, wären diese Zuschläge unter den genannten Aspekten nicht mehr unter dem Begriff „Zentrumszuschläge“ subsumierbar. Folglich bedarf es bei einer Modifizierung zum Zwecke einer sachgerechten Vergütung von Telekonsilen einer angepassten Begrifflichkeit für diese Finanzierungsform. Im Folgenden wird daher zunächst der allgemeine Begriff „Zuschlag“ verwendet.

Zusammenfassend wird erkennbar, dass eine Vergütung von Telekonsilen über Zentrumszuschläge in Abhängigkeit der Zielsetzung und unter den beschriebenen Voraussetzungen in Frage kommen könnte. Sonstige existierende Zuschläge (Kapitel 8.4.2), wie der QS-Zuschlag, der Systemzuschlag für den G-BA, das IQWiG und IQTiG, der DRG-Systemzuschlag und der Zuschlag für Begleitpersonen sind aufgrund des fehlenden Bezugs zu medizinischen Leistungen sind für die sachgerechte Vergütung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern nicht geeignet.

8.5 Tagesbezogene Entgelte gemäß PEPP-Entgeltsystem

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahr 2009 wurden die Selbstverwaltungspartner vom Gesetzgeber mit der Einführung eines pauschalierenden tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2013 beauftragt (§ 17d KHG). Gemäß § 17d Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbstständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete

Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik, PEPP) eingeführt worden. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17d Absatz 3 KHG auch dessen jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderung der Versorgungsstruktur und Kostenentwicklungen und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. In diesem Zusammenhang vereinbaren sie gemäß § 9 Absatz 1 Nrn. 1 bis 3 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) einen Katalog mit insbesondere tagesbezogenen Entgelten nach § 17d Absatz 1 Satz 6 KHG, einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17d Absatz 2 Satz 2 KHG sowie die Abrechnungsbestimmungen für diese Entgelte.

Die Gruppierung zu den einzelnen Entgelten erfolgt nicht über einen Tages-, sondern über einen Fallgrouper, obwohl der PEPP-Katalog ausschließlich tagesbezogene Entgelte für voll- und teilstationäre Leistungen vorsieht. Der PEPP-Grouper berücksichtigt Aufnahme- und Entlassungsdatum, Diagnosen, Prozeduren, Prozeduren-Datum, Geschlecht, Alter, Aufnahmearbeit, Aufnahmegrund, Entlassungsgrund, Verweildauer, Urlaubstage Fachabteilung und Status der Verweildauer „ein Belegungstag“. Für die Abrechnung von Patient*innen ist zunächst die Anzahl der insgesamt abzurechnenden Berechnungstage für den stationären Aufenthalt zu bestimmen. In Abrechnung gebracht wird eine einheitliche Bewertungsrelation je Tag, welche durch die Anzahl der insgesamt abzurechnenden Berechnungstage bestimmt wird (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 2019; GKV-Spitzenverband et al. 2020; Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 2019; GKV-Spitzenverband et al. 2020; Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2021).

Nachfolgend ist Tab. 11 ein Auszug aus dem Katalog 2021 für die vollstationäre PEPP PA01A dargestellt, bei der deutlich wird, dass die mit zunehmender Anzahl der Berechnungstage verminderte Bewertungsrelation keinen Anreiz zur Verweildauermaximierung bieten soll.

Tab. 11: Auszug aus dem PEPP-Entgeltkatalog 2021

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage/ Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
PA01A	Intelligenzstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation	1	1,3878
		2	1,3649
		3	1,3429
		4	1,3210
		5	1,2990
		6	1,2771
		7	1,2551

Quelle: PEPP Entgeltkatalog, 2021

Für teilstationäre Leistungen können für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag der Krankenhausbehandlung Entgelte nach Anlage 2a oder 2b des PEPP-Katalogs abgerechnet werden. Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a, 2a und 6a oder zu den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b, und 6b können bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 3 abgerechnet werden (GKV-Spitzenverband et al. 2020). Die Zusatzentgelte beziehen sich aktuell hauptsächlich auf die Gabe von bestimmten Arzneimitteln und bestimmte Therapieformen, wie z. B. die Repetitive transkranielle Magnetstimulation, und sind einem bestimmten OPS-Kode zugeordnet.

Neben Zusatzentgelten der Anlagen 3 und 4 sind auch bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 abrechenbar. Diese umfassen im Wesentlichen bestimmte kostenintensive Leistungen und sind einem bestimmten OPS-Kode zugeordnet (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2021). In der nachfolgenden Tab. 12 sind die derzeitigen ergänzenden Tagesentgelte dargestellt.

Tab. 12: PEPP-Entgeltkatalog ergänzender Tagesentgelte

ET	Bezeichnung	ET _b	OPS Version 2021		Bewertungsrelation je Tag
			OPS-Code	OPS-Text	
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen u. psychosomatischen Störungen u. Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen u. psychosomatischen Störungen u. Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung	
		ET01.04	9-640.06	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,2065
		ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0459
		ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,8835
ET02	Intensivbehandlung bei psychischen u. psychosomatischen Störungen u. Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit min. 3 Merkmalen	ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen u. psychosomatischen Störungen u. Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1772
		ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen u. psychosomatischen Störungen u. Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2207
		ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen u. psychosomatischen Störungen u. Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit ≥ 5 Merkmalen	0,2426
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen u./o. psychosomatischen Störungen u./o. Verhaltensstörungen bei Kindern o. Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen u./o. psychosomatischen Störungen u./o. Verhaltensstörungen bei Kindern o. Jugendlichen	
		ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,6567
		ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7870
		ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2813
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen u./o. psychosomatischen Störungen u./o. Verhaltensstörungen bei Kindern o. Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen u./o. psychosomatischen Störungen u./o. Verhaltensstörungen bei Kindern o. Jugendlichen	
		ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,4650
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,1600
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,1462

Quelle: PEPP Entgeltkatalog, 2021

Für die Leistungen der Anlagen 1b, 2b, 4 sowie 6b des PEPP-Katalogs sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2021).

Grundsätzlich bietet sich eine Vergütung von Telekonsilen über die tagesgleichen Entgelte gemäß PEPP-Entgeltsystem nur bei Telekonsilen im Bereich der Psychiatrie und

Psychosomatik an. Telekonsile außerhalb dieser Bereiche werden an dieser Stelle von einer Vergütung ausgeschlossen, weswegen es hierfür einer Vergütungsalternative bedarf.

Ausgehend von der Tatsache, dass es sich bei Telekonsilen um Leistungen handelt, die unregelmäßig und nicht täglich erbracht werden, kann die Abbildung dieses Aufwands über ein tagesgleiches Entgelt als nicht sachgerecht bewertet werden. Weiterhin muss bedacht werden, dass im PEPP-Entgeltsystem die maßgebliche Bewertungsrelation je Tag durch die Anzahl der insgesamt abzurechnenden Berechnungstage bestimmt wird und mit zunehmender Anzahl der Berechnungstage geringer ausfällt. Je nach Zeitpunkt der Anforderung eines Telekonsils hat diese degressiv gestaffelte Vergütung folglich Auswirkungen auf die Höhe der Finanzierung, was ebenfalls als nicht sachgerecht erachtet werden kann.

Hinzu kommt folgendes: „Im Allgemeinen sind sowohl die PEPP innerhalb einer Basis-PEPP als auch innerhalb der Strukturkategorien hierarchisch auf Basis des Ressourcenverbrauches geordnet“ (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2020d). Die dort bislang aufgeführten Kriterien für den Ressourcenverbrauch könnten den Aufwand für Telekonsile überlagern. Das könnte zu der Situation führen, dass eine PEPP mit einem Telekonsil gleich hoch vergütet würde, wie die gleiche PEPP ohne Telekonsil.

Das kann am Beispiel der PEPP PA01A erläutert werden. Die Basis-PEPP lautet: „Intelligenzstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation.“ Es werden u. a. Fälle in die PA01A eingruppiert, die neben dieser Hauptdiagnose die Voraussetzungen des ergänzenden Tagesentgelts „Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit hohem Anteil“ erfüllen. Der Ressourcenverbrauch der Intensivbehandlung dürfte in aller Regel höher sein als der Ressourcenverbrauch eines oder mehrerer Telekonsile, wodurch an dieser Stelle keine sachgerechte Vergütung von Telekonsilen über ergänzende Tagesentgelte gewährleistet werden kann. Voraussetzung einer solchen Bewertung wäre demnach, dass Telekonsile als Funktion in die Definition der PEPP aufgenommen würde. Das würde – ähnlich wie bei den OPS-Kodes im Fallpauschalensystem – bedeuten, dass vorab definiert würde, bei welcher PEPP ein Telekonsil zum Einsatz kommen könnte. Die vorab definierte Zuordnung wäre somit nicht flexibel im Hinblick auf die Anwendung von Telekonsilen. Außerdem würde nur das anfordernde Krankenhaus, nicht aber das durchführende Krankenhaus die entsprechende PEPP abrechnen können.

Vor diesem Hintergrund wird die Inadäquatheit der Vergütung von Telekonsilen über tagesbezogene Entgelte im PEPP-Entgeltsystem deutlich.

Da im PEPP-Entgeltsystem neben der Vergütung über die tagesgleichen Entgelte die Möglichkeiten zur Abrechnung von Zusatzentgelten und ergänzenden Tagesentgelte, die mit einem bestimmten OPS-Kode verknüpft sind, besteht, wäre diese Form der Vergütung denkbar. Hierfür bestände jedoch die Notwendigkeit, neue Prozedurenschlüssel einzuführen. Der Argumentation der Kapitel 8.2.2 und 8.2.3 folgend, wäre es für eine sachgerechte Vergütung erforderlich, den Aufwand des Telekonsils im Hinblick auf die zeitliche Dauer, die Frequenz und die eingebundenen Arztgruppen adäquat abzubilden. Analog zu den bestehenden ergänzenden Tagesentgelten, die den Aufwand nach Stunden berücksichtigen, wäre beispielsweise die Definition von mehreren telekonsiliarischen OPS-Kodes, die unterschiedliche Längen an Telekonsilen abbilden, denkbar.

Zusätzlich muss bei einer Vergütung von Telekonsilen über das PEPP-Entgeltsystem berücksichtigt werden, dass sowohl für das Krankenhaus, welches das Telekonsil anfordert, als auch für das Krankenhaus, welches das Telekonsil leistet, ein Aufwand entsteht und somit für eine sachgerechte Vergütung für beide beteiligte Krankenhäuser eine Refinanzierung sichergestellt werden muss. Wie ebenfalls bereits in Kapitel 8.2.3 angemerkt, wären hierfür jeweils zwei komplementäre, sich wechselseitig bedingende OPS-Kodes erforderlich.

Schlussfolgernd lässt sich Folgendes sagen:

- Die tagesbezogenen PEPP-Entgelte sind nicht geeignet, um eine sachgerechte Vergütung von Telekonsilen zu erreichen.
- Es bestehen bei den tagesbezogenen PEPP-Entgelten die gleichen Probleme wie bei einer Vergütung von Telekonsilen innerhalb von Fallpauschalen.
- Bei einer Vergütung über Zusatzentgelte gelten auch für das PEPP-System die in Kapitel 8.3 beschriebenen Voraussetzungen.

Der Ansatz, Telekonsile über die tagesbezogenen PEPP-Entgelte zu vergüten, erscheint nicht zielführend.

9 Fazit

9.1 Kriterien für eine Vergütung von Telekonsilen

Im stationären Bereich zeigen eine Vielzahl an neuen Versorgungsformen, die telemedizinische und -konsiliarische Leistungen beinhalten und derzeit im Rahmen von Innovationsfonds-Projekten auf ihren medizinischen Nutzen sowie ihre Überführbarkeit in die Regelversorgung geprüft werden, die vielfältigen Anwendungsbereiche der Telemedizin auf. Die Beurteilung bereits abgeschlossener Projekte durch den G-BA verdeutlichen die hohe Relevanz der Vergütung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern, die bei einer flächendeckenden Implementierung dieser Versorgungsformen über die Finanzierung der Versorgungsformen durch Mittel des Innovationsfonds hinausgeht. Unter anderem hat der Innovationsausschuss des G-BA eine extrabudgetäre Finanzierung durch die Krankenkassen von mindestens zwei Jahren empfohlen. Darüber hinaus ist von Bedeutung, inwiefern eine Abbildung in den bestehenden Entgeltkatalogen bzw. Vergütungsstrukturen, wie beispielsweise DKG-NT, DRG, Zusatzentgelt und Zentrumszuschläge, sinnvoll möglich ist. Aus diesem Grund wurden die genannten Vergütungsmodelle in diesem Gutachten untersucht und bewertet. Da Telekonsile im Bereich der Psychiatrie bzw. Psychosomatik derzeit noch nicht im Bereich von Innovationsfonds-Projekten Anwendung finden, aber auch dort von zunehmender Bedeutung für die Versorgung sind, wurde auch die Umsetzung einer geeigneten Vergütung im pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik geprüft.

Nach eingehender Überprüfung kann geschlussfolgert werden, dass weder der DKG-NT, das DRG-System, Zusatzentgelte, Zentrums- oder sonstige Zuschläge noch das PEPP-System derzeit eine sachgerechte Vergütung von Telekonsilen gewährleisten können und ein Anpassungsbedarf besteht. Ausschlaggebend für diese Beurteilung ist, dass folgende und wesentliche Aspekte, die für eine sachgerechte Vergütung zwingend erforderlich sind, bei keinem der genannten Vergütungsmodelle ausreichend Berücksichtigung finden:

- Für die Regelversorgung sollte die Vergütung der Telekonsile eine dauerhafte, unbefristete Regelfinanzierung sicherstellen.
- Der erwünschte Ausbau von Telekonsilen sollte durch die Anreizwirkungen des Vergütungssystems gefördert oder zumindest nicht behindert werden.
- Die Einführung von Telekonsilen zwischen Krankenhäusern sollte analog wie im ambulanten Bereich über eine gezielte Vergütung und die Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel gefördert werden.
- Sowohl dem Krankenhaus, welches das Telekonsil beauftragt, als auch dem Krankenhaus, welches das Telekonsil durchführt, entsteht Aufwand. Die Vergütung sollte daher so

ausgestaltet sein, dass der Aufwand aller beteiligten Krankenhäuser sachgerecht abgebildet und vergütet wird.

- Die Vergütung und Abrechnung sollte praktikabel und bürokratiearm sein. Hierzu sollten die Leistungsziffern bzw. Entgelte für Telekonsile auf Grundlage der erbrachten Leistungen und ohne zusätzliche Strukturanforderungen oder Einschränkung auf bestimmte medizinische Fachbereiche, Krankheitsbilder und Patientengruppen definiert werden.
- Der Aufwand von Telekonsilen sollte ausreichend differenziert abgebildet werden, ohne die Komplexität unnötig zu erhöhen. So könnte etwa die Dauer und die Anzahl von Telekonsilen Grundlage der Vergütung sein.

Basierend auf diesen Kriterien sollten in Abhängigkeit der erwünschten Wirkung die folgenden drei Ansätze für die Finanzierung von Telekonsilen näher in Betracht gezogen werden. Der erste Ansatz lehnt sich eng an die bestehende Systematik der Krankenhausfinanzierung an, indem hier eine Vergütung der Telekonsile im Innenverhältnis der Krankenhäuser auf Grundlage des DKG-NT und eine Refinanzierung über die pauschalierenden Krankenhausentgeltsysteme zur Diskussion gestellt wird. Der zweite Ansatz greift die Möglichkeit einer Zuschlagsfinanzierung für das die Konsilleistung erbringende Krankenhaus auf. Mit dem dritten Ansatz wird unter strategischen Gesichtspunkten eine Vergütung von Telekonsilen „auf Überweisung“ ähnlich wie in der vertragsärztlichen Versorgung vorgeschlagen, da somit auch eine Vergütungssystematik für einen nachhaltigen Ausbau von telemedizinischen Leistungen geschaffen werden könnte. Es wird erkennbar, dass keiner der drei Ansätze sämtliche der o.g. Kriterien erfüllen kann und sich die Ansätze in ihrer Wirkung grundlegend unterscheiden. Somit sind die gesundheitspolitische Zielsetzung und die gewünschten Anreizwirkungen entscheidend für die Wahl eines für Telekonsile geeigneten Vergütungssystems.

9.2 Vergütung nach DKG-NT und Refinanzierung über die Krankenhausentgeltsysteme

Die Systematik der Krankenhausfinanzierung folgt dem Grundsatz, dass externe Konsile der Krankenhausbehandlung des anfragenden bzw. beauftragenden Krankenhauses zugerechnet werden. Somit werden auch die dem anfragenden Krankenhaus durch externe Konsile entstehenden Kosten über die pauschalierenden Entgelte, die das anfragende Krankenhaus der Krankenkasse in Rechnung stellen kann, abgegolten. Die Erstattung für das externe Konsil erfolgt im Innenverhältnis der beteiligten Krankenhäuser entweder auf Grundlage einer individuellen Vereinbarung oder auf Grundlage des DKG-NT.

Sofern für Telekonsile von dieser Systematik nicht abgewichen werden soll, müsste der DKG-NT um geeignete Gebührensatzungen ergänzt werden. Zudem sollte die Deutsche Krankenhausgesellschaft legitimiert werden, (ausschließlich) diese Gebührensatzungen mit verbindlicher

Wirkung für die Krankenhäuser in einem gesonderten Kapitel des DKG-NT zu regeln, um somit eine für alle Krankenhäuser einheitliche Vergütung zu erreichen.

Die auf Grundlage des DKG-NT vom konsilierbringenden Krankenhaus dem anfragenden Krankenhaus in Rechnung gestellten Telekonsile würden dann als Kosten des anfragenden Krankenhauses ebenso wie der Aufwand des anfragenden Krankenhauses für die Beauftragung des Telekonsils in die Kalkulation der pauschalierenden Entgeltsysteme und somit in die Bewertungsrelationen einfließen. Wie bereits erläutert, ist jedoch nicht damit zu rechnen, dass Telekonsile in den hochgradig pauschalierenden Entgeltssystemen eine Gruppierungs- und somit auch Vergütungsrelevanz haben würden. Die Einführung und Dokumentation von OPS-Kodes für Telekonsile wäre daher nicht notwendig und würde lediglich den bürokratischen Aufwand des Systems unverhältnismäßig erhöhen.

Im Ergebnis würden die externen Telekonsile mit den aDRG-Fallpauschalen und PEPP-Tagespauschalen, die das anfragende Krankenhaus der Krankenkasse in Rechnung stellt, vergütet. Da die Telekonsile in diesen hoch pauschalierenden Systemen voraussichtlich nicht vergütungsrelevant sein werden, würde der wirtschaftliche Anreiz gesetzt, Telekonsile zu vermeiden. Andererseits würde eine Sonderregelung für Telekonsile diese gegenüber den „klassischen“ Konsile bevorzugen.

Eine Sonderregelung und Anreize zur Förderung von Telekonsilen wären gut mit der gesetzlich intendierten Ausweitung digitaler Gesundheits(dienst)leistungen zu begründen. Zudem ist der Auf- und Ausbau der telemedizinischen Möglichkeiten eine zwingende Voraussetzung für die Entwicklung einer gestuften Krankenhausversorgung und der damit verbundenen Intensivierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern. Diese Entwicklungen könnten über eine gesonderte Vergütung des anfragenden Krankenhauses durch Zusatzentgelte sowohl im aDRG- als auch im PEPP-System gefördert werden. Allerdings würde dies aufgrund von voraussichtlich relativ niedrigen Vergütungsbeträgen eine normative Entscheidung der Vertragsparteien auf der Bundesebene voraussetzen. Die Zusatzentgelte könnten dann bundeseinheitlich definiert und die Vergütungshöhe durch die Kalkulation des InEK vorgegeben werden. Für die Abrechnung der Zusatzentgelte wäre eine eindeutige Zuordnung der Telekonsilleistungen über OPS-Kodes erforderlich. Die Einführung von OPS-Kodes für Telekonsilleistungen wäre jedoch nur sinnvoll, wenn im Vorfeld die Entscheidung getroffen wird, dass Telekonsile im aDRG- und PEPP-System tatsächlich über Zusatzentgelte vergütet werden sollen. Zudem müsste beachtet werden, dass die OPS-Kodes für telekonsiliarische Leistungen ausschließlich der telekonsiliarischen Leistungen beschreiben und die Anforderung und Durchführung von Telekonsilen nicht durch zusätzliche, unverhältnismäßige Strukturvorgaben eingeschränkt werden.

9.3 Zuschlagsfinanzierung für das durchführende Krankenhaus

Die Zuschlagsfinanzierung ist ein etabliertes Instrument der Krankenhausfinanzierung, mit dem besondere Aufgaben und Leistungen von Krankenhäusern für die Versorgung außerhalb des eigenen Krankenhauses finanziert werden. So werden beispielsweise über Zentrumszuschläge besondere Aufgaben von Zentren finanziert. Dabei sind die besonderen Aufgaben der Zentren jedoch eng definiert und mit hohen Anforderungen verbunden, so dass nur wenige Krankenhäuser als Zentrum anerkannt, auf der Landesebene ausgewiesen werden und einen Zentrumszuschlag erhalten können.

Unabhängig davon könnte grundsätzlich diese Form der Finanzierung ohne die beschriebenen Einschränkungen der Zuschläge auf Zentren gemäß der G-BA Festlegung nach § 136c Abs. 5 SGB V auch für die sachgerechte Vergütung von Telekonsilen in Frage kommen. Das Prinzip einer Zuschlagsfinanzierung besteht darin, dass das Krankenhaus, das Leistungen für andere Krankenhäuser erbringt, hierfür prospektiv ein Jahresbudget mit den Krankenkassen auf der Ortsebene verhandeln kann. Auf Grundlage des verhandelten Jahresbudgets wird ein fall- oder tagesbezogener Zuschlag vereinbart, der mit den Rechnungen für die eigenen Patient*innen des Krankenhauses von den Krankenkassen vergütet wird. Da das Leistungsspektrum, die Anzahl der angefragten Telekonsile und auch der mit den Telekonsilen verbundene Aufwand krankenhausesindividuell sehr unterschiedlich sein kann, sollten für die Verhandlungen auf der Ortsebene keine einschränkenden Vorgaben gemacht werden.

Da die Verhandlungen eines Jahresbudgets bzw. Zuschlags bei wenigen telekonsiliarischen Leistungen pro Jahr nicht sinnvoll erscheint, käme eine Zuschlagsfinanzierung nur in Frage, wenn es das gesundheitspolitische Ziel darin besteht, das Angebot von Telekonsilen auf Krankenhäuser mit besonderer Expertise zu fokussieren. Die besondere Expertise für Telekonsile müsste jedoch deutlich breiter verstanden werden als bei den Zentrumszuschlägen, da es nicht sinnvoll erscheint, das Angebot von Telekonsilen auf sehr wenige Krankenhäuser zu beschränken. So sollte eine Zuschlagsfinanzierung für Telekonsile nicht wie die Zentrumszuschläge auf festgelegte Fachbereiche und Krankheitsbilder beschränkt werden. Aus diesem Grund müssten neue gesetzliche Rahmenbedingungen für die zuschlagsberechtigten Krankenhäuser geschaffen und geeignete Anforderungen entwickelt werden. Dies könnte insbesondere für Krankenhäuser zutreffen, die in einem verbindlich strukturierten Rahmen regelmäßig ergänzende bzw. unterstützende telekonsiliarische-/telemedizinische Leistungen für Krankenhäuser eines Netzwerkes anbieten und durchführen.

Im Ergebnis würde mit den Zuschlägen der Aufwand des konsilerbringenden Krankenhauses gesondert und krankenhausesindividuell vergütet. Der Aufwand des anfragenden Krankenhauses würde, wie bisher, in der InEK-Kalkulation erfasst und mit den pauschalen Entgelten abgegolten. Da das anfragende Krankenhaus nicht mit den Kosten bzw. einer Rechnung des

ausführenden Krankenhauses belastet wird, entsteht auch kein wirtschaftlicher Anreiz, Telekonsile zu vermeiden. Theoretisch könnte der gegenteilige Anreiz entstehen, Telekonsile verstärkt in Anspruch zu nehmen oder konventionelle Konsile durch Telekonsile zu ersetzen. Der Anreiz, Telekonsile verstärkt in Anspruch zu nehmen, würde die beschriebenen gesundheitspolitischen Ziele aufgreifen. Dem Anreiz, konventionelle Konsile durch Telekonsile zu ersetzen, wird dadurch entgegenwirkt, dass der mit der Anfrage eines Telekonsils verbundene Mehraufwand des anfragenden Krankenhauses nicht gesondert vergütet, sondern mit den pauschalen Entgelten abgegolten wird.

9.4 Vergütung nach Leistungskatalog auf Überweisung

Die im vertragsärztlichen Bereich bereits umgesetzte EBM-Vergütung telekonsiliarischer Leistungen folgt dem dort üblichen Grundsatz, dass die Ärzt*innen für die von ihnen erbrachte Leistung eine Vergütung erhalten bzw. die erbrachte Leistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen können. In der Krankenhausfinanzierung gilt dagegen (bis auf wenige Ausnahmen wie die interkurrente Dialyse) der Grundsatz, dass auch außerhalb des Krankenhauses erbrachte Leistungen und von externen Ärzt*innen im Krankenhaus erbrachte Leistungen der Krankenhausbehandlung des Krankenhauses, in dem die Patient*innen stationär behandelt werden, zugerechnet und über die pauschalierenden Entgeltsysteme vergütet werden.

Da die Umsetzung einer Vergütung für Telekonsile im vertragsärztlichen Bereich relativ unkompliziert erscheint, stellt sich die Frage, ob diese Systematik auch im Bereich der telekonsiliarischen Leistungen zwischen Krankenhäusern Anwendung finden könnte. Dass der Gesetzgeber von dem bestehenden Grundsatz der Krankenhausfinanzierung nur für telekonsiliarische Leistungen abweichen würde, ist nicht zu erwarten. Jedoch kann die Einführung der Telekonsile als Einstieg in die Telemedizin verstanden werden. Diese wiederum ist von herausragender Bedeutung und hoher Relevanz für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die gesundheitspolitische Zielsetzung einer umfassenden Digitalisierung des Gesundheitssystems wird mit der Erwartung verknüpft, dass die Versorgung im Gesamtsystem eine höhere Effizienz erreicht (Deutscher Bundestag 2021). Hierzu gehört auch das Ziel einer abgestuften Krankenhausversorgung, die nur durch Intensivierung der Zusammenarbeit und Vernetzung der Krankenhäuser umsetzbar sein wird. Dies wiederum wird ohne die Nutzung der Telemedizin nicht möglich sein. Zudem ist davon auszugehen, dass die Entwicklungen in der Telemedizin bereits in absehbarer Zeit sehr dynamisch sein werden.

Unter diesen strategischen Zielen wäre ein Festhalten an dem bestehenden Grundsatz der Krankenhausfinanzierung nicht zeitgemäß. Es sollte daher überlegt werden, ob die

angestrebte Zusammenarbeit der Krankenhäuser durch die tradierte Krankenhausfinanzierung möglicherweise behindert wird. Alternativ ist eine Vergütung von externen, telemedizinischen Leistungen „auf Überweisung“ auch in der stationären Versorgung durchaus denkbar. Hierzu könnten in einem ersten Schritt mit den Telekonsilen begonnen und an diesem Beispiel die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen geschaffen und neue Abrechnungswege und -verfahren etabliert und erprobt werden.

Für eine Vergütung von Telekonsilen und weiteren telemedizinischen Leistungen wäre ein gesonderter Leistungskatalog zu entwickeln, da eine Direktabrechnung des telekonsilerbringenden Krankenhauses mit der zuständigen Krankenkasse der/ des Patient*in erfolgt. Der Leistungskatalog sollte auf der Grundlage von Kalkulationen des InEK entwickelt werden. Hinweise für eine sachgerechte Ausgestaltung sind aus den Erläuterungen zur Abbildung telekonsiliarischer Leistungen im EBM zu erkennen. Der Leistungskatalog und das Abrechnungsverfahren sollten durch die Vertragsparteien auf der Bundesebene mit verbindlicher Wirkung für die Krankenhäuser und die Krankenkassen vereinbart werden. Da diese Systematik die gleiche ist, wie die der Weiterentwicklung der pauschalierenden Entgeltsystems, könnte die Entwicklung und Anwendung des Leistungskatalogs für telemedizinische Leistungen gut in die bereits vorhandenen Prozesse integriert werden. Selbstredend steht die Voraussetzung hierfür darin, dass der gesetzliche Auftrag der Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene entsprechend erweitert werden müsste.

Mit einem spezifischen Leistungskatalog, welcher Telekonsile und weitere telemedizinische Leistungen umfasst, könnten diese Leistungen nachhaltig im Finanzierungssystem verankert und deren Ausbau gefördert werden. Zudem wäre eine zielgerichtete und sachgerechte Vergütung der beauftragten Krankenhäuser gewährleistet. Auch entstünde für die anfragenden Krankenhäuser kein Anreiz, die Anforderung von Telekonsilen oder telemedizinischen Leistungen zu vermeiden. Wie bei Ansatz 2 könnte auch hier theoretisch der gegenteilige Anreiz entstehen, Telekonsile verstärkt in Anspruch zu nehmen oder konventionelle Konsile durch Telekonsile zu ersetzen. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass Telekonsile und telemedizinischen Leistungen immer nur vom durchführenden Krankenhaus gesondert abgerechnet werden und somit ausschließlich der Aufwand für die Anforderung im pauschalierenden Entgeltsystem berücksichtigt werden darf, so dass eine „Doppelfinanzierung“ ausgeschlossen wird. Sofern die Definition von telemedizinischen Leistungen in dem gesonderten Katalog über OPS-Kodes erfolgen soll, müssten diese - wie unter Ansatz 1 beschrieben - ausschließlich die Konsilleistung beschreiben und auf unnötig einschränkende Strukturvorgaben verzichten.

9.5 Handlungsbedarf für den stationären Krankenhausbereich

Welche der in diesem Gutachten aufgezeigten Möglichkeiten auch umgesetzt werden, es besteht für den stationären Krankenhausbereich dringender Handlungsbedarf. Im vertragsärztlichen Bereich ist die Umsetzung von Regelungen zu Telekonsilen schon weit fortgeschritten. Die Beurteilung der telemedizinischen Innovationsfonds-Projekte durch den G-BA belegt die hohe Relevanz von Telekonsilen im stationären Krankenhausbereich. Finanzierung und Vergütung sollten dazu beitragen, dass diese innovative und medizinisch sinnvolle Behandlungsform unterstützt wird. Die grundsätzliche Frage, ob digital durchgeführte Konsile gegenüber den traditionellen Konsilen ohne digitale Hilfsmittel privilegiert werden sollen, muss an geeigneterer Stelle als in diesem Gutachten beantwortet werden. Im Interesse der gewünschten Vernetzung und einer gestuften Versorgung wäre es durchaus sinnvoll, auch die traditionellen Konsile, sofern diese nicht von eigenen Mitarbeitern des Krankenhauses erbracht werden können, in die weiteren Überlegungen einzubeziehen.

10 Literaturverzeichnis

- Adrion, Christine; Weiss, Bjoern; Paul, Nicolas; Berger, Elke; Busse, Reinhard; Marschall, Ursula et al. (2020): Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC): study protocol for a German stepped wedge cluster randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of a critical care telehealth program on process quality and functional outcomes. In: *BMJ open* 10 (9), e036096. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-036096.
- ANNOteM (2021): Über uns. Konzept. Online verfügbar unter <https://www.annotem.de/>, zuletzt geprüft am 26.10.2021.
- Baslis, Antonios (2011): Untersuchungen zur Lebensqualität postoperativer Patienten mit Hilfe der Televisite. Dissertation. Bochum.
- Bewertungsausschuss (2019): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 453. Sitzung. Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2019. Berlin.
- BIOPRO Baden-Württemberg GmbH (2021): Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – eine kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation (Akronym: TeleDerm). Online verfügbar unter <https://www.telemedbw.de/projekte/telederm>, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Brück, Dietrich; Kimmel, Lothar (2021): Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Stand: 2021. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Bundesärztekammer (2007): Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung. 3. überarbeitete Auflage. Berlin.
- Bundesärztekammer (2020): Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/honorar/abrechnungsempfehlungen-und-analogbewertungen/abrechnungsempfehlung-aerztlicher-leistungen-nach-goae/>.
- Bundesärztekammer (2021): Ergänzung zu den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen vom 14./15.05.2020.
- Bundesärztekammer; Bundespsychotherapeutenkammer (2020): Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen von BÄK, BPtK, PKV-Verband und den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften des Bundes und der Länder zu telemedizinischen Leistungen bei Erbringung im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/honorar/telemedizin-psychotherapie-abrechnungsempfehlungen/>.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2020): Verfahrensordnung für die Festlegung der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, German

- Modification (ICD-10-GM) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS). Köln, zuletzt aktualisiert am 04.11.2021, zuletzt geprüft am 04.11.2021.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021): Vorschlagsverfahren für ICD-10-GM und OPS. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/vorschlagsverfahren/>, zuletzt aktualisiert am 04.11.2021, zuletzt geprüft am 04.11.2021.
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Krankenhausfinanzierung. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>, zuletzt geprüft am 25.10.2021.
- Bundesrat (1994): Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Drucksache 211/94. Berlin.
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2021): Peer Review - Qualitätsindikatoren. Hauptindikatoren 1-10. Online verfügbar unter <https://www.divi.de/empfehlungen/qualitaets-sicherung-intensivmedizin/peer-review/qualitaetsindikatoren>, zuletzt geprüft am 13.10.2021.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019): Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu den Budget- und Entgeltverhandlungen für das Jahr 2019 nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Berlin.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft; Spitzenverband Bund der Krankenkassen; Verband der privaten Krankenversicherung (2020): Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG. Online verfügbar unter https://www.g-drg.de/Datenlieferung_gem._21_KHEntgG/Datenlieferung_gem._21_Abs.1_KHEntgG/Dokumente_zur_Datenlieferung/21-Vereinbarung.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2019): Hinweise der DKG zu den Budget- und Entgeltverhandlungen 2019 im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung. Stand 28.02.2019. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/164266047-Hinweise-der-dkg-zu-den-budget-und-entgeltverhandlungen-2019-im-anwendungsbereich-der-bundespflegesatzverordnung.html>, zuletzt geprüft am 25.11.2021.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2020): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eines "Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege" (Digitale und Pflege- Modernisierungsgesetz - DVPMG). vom 7. Dezember 2020. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/DVPMG/DKG.pdf.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG); GKV-Spitzenverband; Verband der privaten Krankenversicherung (2019): Gemeinsame Vereinbarung der DKG, der GKV und der PKV über die Zuschläge für einrichtungsübergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die Jahre 2020, 2021 und 2022 vom 03.12.2019. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu___abschlaege/2019_12_03_QS-Systemzuschlag_2020_2021_2022.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2021.
- Deutscher Bundestag (2019): Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation, Drucksache 19/13438. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/134/1913438.pdf>, zuletzt geprüft am 21.09.2021.
- Deutscher Bundestag (2020): Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzten Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung und über die als telemedizinische Leistungen abrechenbaren Konsilien, Drucksache 19/25185. Berlin. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/251/1925185.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2021): Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG) Drucksache 19/27652. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DVPMG_BT_bf.pdf.
- Deutsches Herzzentrum Berlin (2021): Herzcheck - Worum geht es? Online verfügbar unter <https://www.herzcheck.org/herzcheck/>, zuletzt geprüft am 28.10.2021.
- Dierks, Christian (1999): Rechtliche und praktische Probleme der Integration von Telemedizin in das Gesundheitswesen in Deutschland. Berlin.
- DRG-Research-Group (2010): Bewertung von Katalogeffekten und Beschreibung ihrer Einflussfaktoren im G-DRG-System. Münster. Online verfügbar unter <https://www.zi.de/presse/archiv/presseinformationen/2010/24-maerz-2010>.
- Ergänzter Bewertungsausschuss (2020a): Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 60. Sitzung. Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2020. Berlin.
- Ergänzter Bewertungsausschuss (2020b): Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 60. Sitzung. Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2020. Berlin.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. A.): Ergebnisbericht. Telenotarzt Bayern - Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/47/2020-12-18_Telenotarzt-Bayern_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern / QSKH-RL). in der Fassung vom 15. August 2006; zuletzt geändert am 15. Juni 2017; veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 06.12.2017 B1); in Kraft getreten am 1. Januar 2018. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1483/54f79781e1efc57e40bcc1734bf2184a/QSKH-RL_2017-06-15_iK-2018-01-01.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020a): Ergebnisbericht. Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Gesundheitsstruktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Versorgung. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/58/2021-04-16_TELnet-NRW_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt aktualisiert am 31.08.2020, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020b): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Aufhebung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL). Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6942/eeebf3998ecf5f1a1dd056813e118848/2020-10-15_QSKH-RL_Aufhebung_TrG.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020c): Tragende Gründe 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. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6225/93a2fc7ce2ed139385c67443276adccb/2019-12-05_Zentrums-Regelungen_Erstfassung_TrG.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021a): ANNOTeM – Akut-Neurologische Versorgung in Nord- Ost-Deutschland mit TeleMedizinischer Unterstützung. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/annotem-akut->

neurologische-versorgung-in-nord-ost-deutschland-mit-telemedizinischer-unterstuetzung.76, zuletzt geprüft am 26.10.2021.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Anlagen 5 und 7, zuletzt geprüft am 15.06.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021c): Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt TELnet@NRW (01NVF16010). Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/57/2021-04-16_TELnet-NRW.pdf, zuletzt aktualisiert am 16.04.2021, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021d): Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt TeleDerm (01NVF16012). Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/106/2021-11-11_TeleDerm.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021e): Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Telenotarzt Bayern (01NVF16013). Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/46/2020-12-18_Telenotarzt-Bayern.pdf, zuletzt aktualisiert am 18.12.2020, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021f): ERIC – Enhanced Recovery after Intensive Care. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/eric-enhanced-recovery-after-intensive-care.66>, zuletzt geprüft am 13.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021g): Herz-Check – Erkennung einer frühen Herzinsuffizienz mittels telemedizinischer Verfahren in strukturschwachen Regionen. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/herz-check-erkennung-einer-fruehen-herzinsuffizienz-mittels-telemedizinischer-verfahren-in-strukturschwachen-regionen.363>, zuletzt geprüft am 28.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021h): KOMPASS D2 – Komplikations-Management und Prävention im Ambulanten und Stationären Sektor – Demenz & Delir. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/kompass-d2-komplikations-management-und-praevention-im->

ambulanten-und-stationaeren-sektor-demenz-delir.271, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021i): NeTKoH – Neurologisches TeleKonsil mit Hausärzten zur Stärkung der fachärztlichen Versorgung in Vorpommern. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/netkoh-neurologisches-telekonsil-mit-hausaerzten-zur-staerkung-der-fachaerztlichen-versorgung-in-vorpommern.356>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021j): OnkoRisk NET – Kooperationsnetzwerk zur wohnortnahen Versorgung von Patienten und Familien mit einem genetischen Tumorrisikosyndrom. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/onkorisk-net-kooperationsnetzwerk-zur-wohnortnahen-versorgung-von-patienten-und-familien-mit-einem-genetischen-tumorrisikosyndrom.422>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021k): Parkinson AKTIV – Parkinson: Aktivierende Therapien im innovativen Versorgungsnetz. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/parkinson-aktiv-parkinson-aktivierende-therapien-im-innovativen-versorgungsnetz.351>, zuletzt geprüft am 28.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021l): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zen-tren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen). in der Fassung vom 5. Dezember 2019; zuletzt geändert am 18. Februar 2021; veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.02.2021 B9); in Kraft getreten am 20. Februar 2021. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2422/ff37591ee6f5ce6d02e140540611e9e9/Z-R_2021-02-18_iK-2021-02-20.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021m): Rise-uP – Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/rise-up-ruecken-innovative-schmerztherapie-mit-e-health-fuer-unsere-patienten.72>, zuletzt geprüft am 14.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021n): RTP-NET – Regionales Telepädiatrisches Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern Brandenburg. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/rtp-net-regionales-telepaediatrisches-netzwerk-mecklenburg-vorpommern-brandenburg.344>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021o): sekTOR-HF – Transsektorale bedarfsorientierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz und Entwicklung eines alternativen

Vergütungsmodells. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/sector-hf-transsektorale-bedarfsorientierte-versorgung-von-patienten-mit-herzinsuffizienz-und-entwicklung-eines-alternativen-verguetungsmodells.355>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021p): SLEEP WELL – Digital unterstützte Schlafmedizin – Entwicklung optimierter Patientenwege bei obstruktiver Schlafapnoe. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/sleep-well-digital-unterstuetzte-schlafmedizin-entwicklung-optimierter-patientenwege-bei-obstruktiver-schlafapnoe.433>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021q): TANNE – Telemedizinische Antworten auf Neuropalliative Nachfragen in Echtzeit. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/tanne-telemedizinische-antworten-auf-neuropalliative-nachfragen-in-echtzeit.353>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021r): TeleDerm – Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung - kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/telederm-implementierung-teledermatologischer-konsile-in-die-hausaerztliche-versorgung-kontrollierte-studie-mit-qualitativ-quantitativer-prozessevaluation.67>, zuletzt geprüft am 14.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021s): TeleDermatologie – Allgemein-, Fach- und Notfallmedizin im ländlichen Raum am Beispiel Dermatologie. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/teledermatologie-allgemein-fach-und-notfallmedizin-im-laendlichen-raum-am-beispiel-dermatologie.65>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021t): TELE-KASPER – TELEmedizinisches Kompetenznetzwerk „Antibiotic Stewardship in PEdiatRics“. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/tele-kasper-telemedizinisches-kompetenznetzwerk-antibiotic-stewardship-in-pediatrics.358>, zuletzt geprüft am 28.10.2021.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021u): Telenotarzt Bayern – Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/telenotarzt-bayern-pilotprojekt-zur>

- telemedizinischen-unterstuetzung-der-notfallversorgung-im-rettungsdienst-einer-laendlich-strukturierten-region.68, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021v): Teln@NRW – Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/telnatnrw-telemedizinisches-intersektorales-netzwerk-als-neue-digitale-struktur-zur-messbaren-verbesserung-der-wohntnahen-gesundheitsversorgung>.84, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021w): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: Zentren in einem intensivmedizinischen digital-gestützten Versorgungsnetzwerk (IDV-Zentren) – Anhang zu den Anlagen 5 und 7. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7331/2021-02-18_Zentrums-Regelungen_IDV-Zentren_TrG.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021x): Zuschlagsfähige Aufgaben von stationären Zentren. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/zentrums-regelungen/>, zuletzt geprüft am 25.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021y): Startseite - G-BA Innovationsfonds. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/>, zuletzt aktualisiert am 15.10.2021, zuletzt geprüft am 19.10.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2022a): Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt ERIC (01NVF16011). Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/127/2022-01-21_ERIC.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2022b): Ergebnisbericht Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC). Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/128/2022-01-21_ERIC_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- GKV-Spitzenverband; Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Absatz 1 Satz 1 SGB V. (Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag – Ärzte). Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_31a_Telekonsil.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2021.

- GKV-Spitzenverband; Verband der privaten Krankenversicherung; Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2020): Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2021 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2021 PEPPV 2021). Stand 22.09.2020. Online verfügbar unter https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2021/Abrechnungsbestimmungen, zuletzt geprüft am 25.11.2021.
- Gnann, Wolfgang (2013): Der Einsatz der Telemedizin: Empirische Analyse eines Standardvideokonferenzsystems in Ostbayern. Berlin.
- Hamburg Center for Health Economics; BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit (2020): Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Auftrag nach § 17d Abs. 8 KHG Endbericht für die Datenjahre 2011–2018. Hamburg.
- Hessisches Landessozialgericht (2020): Urteil vom 15.01.2020 - L4 KA 44/15. Darmstadt. Online verfügbar unter <https://openjur.de/u/2334081.html>.
- Hoffmann, Hermann; Kleinken, Bernhard (2019): Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Kommentar mit praktischen Hinweisen für die Abrechnung. 3., Aufl., Stand: April 2020. Stuttgart: Kohlhammer Stgt.
- inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (2021): Projekte. Rise-up - Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten. Online verfügbar unter <https://inav-berlin.de/rise-up/>, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Institut für angewandte Versorgungsforschung (2021): sektor HF. Transsektorale bedarfsorientierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz und Entwicklung eines alternativen Vergütungsmodells. Online verfügbar unter <https://inav-berlin.de/sektor-hf/>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2010): Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen in Einrichtungen gem. § 17d KHG. Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2011): Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012. Abschlussbericht. Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2016): Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020a): Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) Version 2021. Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020b): Deutsche Kodierrichtlinien Version 2021. Siegburg.

- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020c): German Diagnosis Related Groups, aG-DRG-Version 2021. Definitionshandbuch Kompaktversion. Band 3. Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020d): PEPP Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie Psychosomatik Version 2021. Definitionshandbuch. Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020e): Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021. Abschlussbericht. Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2021): PEPP-Entgeltkatalog 2021. Online verfügbar unter https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2021/PEPP-Entgeltkatalog, zuletzt geprüft am 25.11.2021.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband (2014): Anlage zur Rahmenvereinbarung zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gemäß § 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V zum Umfang der Unterstützung ambulanter ärztlicher Tätigkeit durch Telemedizin. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/themen_2865.php, zuletzt geprüft am 27.10.2021.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband (2016a): Bundesmantelvertrag Anlage 31a. Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Abs. 1 Satz 1 SGB V. Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband (2016b): Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V. Anlage 31 BMV-Ä. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_31_Telemedizinische_Leistungen.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2021.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband (2021): Bundesmantelvertrag-Ärzte. Berlin.
- Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München (2021): TeleKasper. Ziel und Zweck. Online verfügbar unter <https://www.tele-kasper.de/ziel-und-zweck/7b407eb6b519f82d>, zuletzt geprüft am 28.10.2021.
- Koncz, Viola; Kohlmann, Thorsten; Bielmeier, Stefan; Urban, Bert; Prückner, Stephan (2019): Telenotarzt. Neues Versorgungskonzept in der Notfallmedizin. In: *Der Unfallchirurg* 122, S. 683–689. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00113-019-0679-8>.
- Krankenhaus Agatharied GmbH (2021a): Das Projekt TANNE. Online verfügbar unter <https://www.tanne-telemed.de/projekt/>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

- Krankenhaus Agatharied GmbH (2021b): Telemedizin. Aufgaben des Telemedizinenzentrums. Online verfügbar unter <https://www.tanne-telemed.de/telemedizin/>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.
- Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit (2019): Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS. Köln. Online verfügbar unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/Vorschlagsverfahren/_node.html.
- Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit (2020): Statut des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) beim Bundesministerium für Gesundheit. Köln. Online verfügbar unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Kooperationen-und-Projekte/KKG/_node.html.
- Marx, Gernot: Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Gesundheitsstruktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Versorgung. Ergebnisbericht TELnet@NRW. Aachen: 2020. Online verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/telnetatnrw-telemedizinisches-intersektorales-netzwerk-als-neue-digitale-struktur-zur-messbaren-verbesserung-der-wohnortnahen-gesundheitsversorgung.25>.
- Medizinische Hochschule Hannover (2021a): MHH Insight. Besserer Schutz vor vererbbarem Krebs. Online verfügbar unter <https://www.mhh.de/presse-news/besserer-schutz-vor-vererbbarem-krebs>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.
- Medizinische Hochschule Hannover (2021b): Nachsorgemodell. Online verfügbar unter <https://ntx360grad.de/projekt/nachsorgemodell>, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Medizinische Hochschule Hannover (2021c): Ziele von TTx 360°. Online verfügbar unter <https://ntx360grad.de/projekt/beschreibung/ziele>, zuletzt geprüft am 14.10.2021.
- Medizinische Hochschule Hannover; AOK Niedersachsen; Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2017): Vertrag gemäß § 140a SGB V Vertrag gemäß § 140a SGB V über ein klinik- und sektorenübergreifendes, koordiniertes, multimodales und telemedizinbasiertes Nachsorgemodell nach Nierentransplantationen „NierenTx 360°“ im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 SGB V. Online verfügbar unter https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht_Vertrag/V_ERTRAG_NTX-360_Vertrag_Nachsorge-Nierentransplantationen_NierenTx-360___17082018.pdf, zuletzt aktualisiert am 23.03.2017, zuletzt geprüft am 14.10.2021.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (2021): Anschaffung von Televisitwagen | Das Landesportal Wir in NRW. Online verfügbar unter <https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/digitale-unterstuetzung-bei-der-behandlung-von-covid-19-patienten>, zuletzt aktualisiert am 17.11.2021, zuletzt geprüft am 18.11.2021.
- Paul, N.; Grunow, J. J.; Weiß, B.; Spies, C. (2020): Enhanced Recovery after Intensive Care-ERIC. In: *Der Anaesthesist* 69 (12), S. 937–939. DOI: 10.1007/s00101-020-00863-x.
- Schreyer, Andreas G.; Steinhäuser, René T.; Rosenberg, Britta (2018): Externe radiologische Aufnahmen in der klinischen Routine – Eine Übersicht über die aktuelle Abrechnungssituation bei Konferenzen, Boards und Zweitmeinung. In: *Fortschr Röntgenstr* 190 (05), S. 427–432.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen; Deutsche Krankenhausgesellschaft; Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung). Berlin/Köln.
- Techniker Krankenkasse (2021): Inno-va-ti-ons-fonds-pro-jekt: Tele-Der-ma-to-logie. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/telemedizin/teledermatologie-2046992>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.
- U.S. National Library of Medicine (2021): Enhanced Recovery After Intensive Care (ERIC). Online verfügbar unter <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT03671447?view=record>, zuletzt aktualisiert am 13.05.2020, zuletzt geprüft am 13.10.2021.
- Universitätlinikum Aachen (2021): Über Optimal@NRW. Online verfügbar unter <https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/optimalnrw/optimal-at-nrw/>, zuletzt geprüft am 28.10.2021.
- Universitätsklinikum Münster (2021a): Klinik für Neurologie mit Institut für Translationale Neurologie. Parkinsonnetz Münsterland+. Online verfügbar unter <https://www.ukm.de/index.php?id=ukm-parkinsonnetz-muensterland>, zuletzt geprüft am 28.10.2021.
- Universitätsklinikum Münster (2021b): Kompass D². Reduzierung der Delirrate. Online verfügbar unter <http://hno.ukmuenster.de/index.php?id=kompass-d2>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.
- Universitätsmedizin Greifswald (2021): NeTKoH – Neurologisches TeleKonsil mit Hausärzten zur Stärkung der fachärztlichen Versorgung in Vorpommern. Online verfügbar unter https://www2.medizin.uni-greifswald.de/icm/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/allgemeinmed/Projekte/Projektbeschreibung_NeTKoH_fuer_Webpage.pdf&t=16354091

28&hash=6a4a52786c08cfaaa873afdd560f25dedbd1f54f, zuletzt geprüft am 27.10.2021.

Urbanek, Margarethe (2019): Arbeitswelt 4.0: Medizinische Televisite vernetzt Klinik und Hausärzte. In: *Ärzte Zeitung*, 08.10.2019. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Medizinische-Televisite-vernetzt-Klinik-und-Hausaerzte-402230.html>, zuletzt geprüft am 18.11.2021.

Zentrum für Telemedizin BAd Kissingen (2021): SekTOR. Startseite. Online verfügbar unter <https://www.sektor-hf.de/>, zuletzt geprüft am 27.10.2021.