Bewertung der DKG zum Begutachtungsleitfaden des MD Bund „Begutachtungen des Medizinischen Dienstes gemäß der MD-Qualitäts-kontroll-Richtlinie (Version 2025.2)”

Stand 04.12.2025

FAIR
Diskutieren, entscheiden, handeln.

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Einleitung

Der Medizinische Dienst führt gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in Krankenhäusern Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch. In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V (MD-Qualitätskontroll-Richtlinie, MD-QK-RL) trifft der G-BA Festlegungen zu Art, Umfang und Verfahren dieser Kontrollen.

Im Dezember 2018 trat die MD-QK-RL erstmalig mit ihrem Allgemeinen Teil A in Kraft. Als Besonderer Teil B werden der Richtlinie seitdem Abschnitte mit weiterführenden Regelungen zu einzelnen Kontrollbereichen hinzugefügt. Bisher umfasst Teil B Abschnitt 1 zur „Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung“, Abschnitt 2 zur „Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ und Abschnitt 3 zur „Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V“, Abschnitt 4 zur „Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Absatz 5 SGB V“ und Abschnitt 5 zur „Kontrolle der Einhaltung der Personalanforderungen nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/ PPP-RL)“.

Auf Basis von Stichproben, Anlässen oder Anhaltspunkten können die gesetzlichen Krankenkassen den örtlich zuständigen Medizinischen Dienst mit der Durchführung einer Qualitätskontrolle beauftragen. Zur Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung können auch bestimmte für deren Verfahren zuständige Gremien und Stellen als beauftragende Stelle agieren.

Der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) veröffentlicht einen Begutachtungsleitfaden „Begutachtungen des Medizinischen Dienstes gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie“ (BGL), der den Begutachtenden der Medizinischen Dienste als Hilfestellung für die bundesweit einheitlichen Kontrollen dienen soll. Der BGL soll insbesondere eine bundesweit einheitliche Auslegung der in den G-BA-Richtlinien, Beschlüssen und Regelungen enthaltenen Struktur- und Prozessanforderungen gewährleisten. Der BGL erschien erstmals im Juni 2021 und wurde seitdem mehrfach ergänzt und aktualisiert, zuletzt im Oktober 2025.

In den Kapiteln 1 bis 4 des BGL werden die wesentlichen Inhalte der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie sowie der Tragenden Gründe zu den einzelnen Kontrollbereichen dargestellt. Im Fokus stehen hierbei die Aufgaben des Medizinischen Dienstes.

In der Anlage 1 des BGL werden die Strukturmerkmalbewertungen (SMB) dargelegt. Einzelne Qualitätsanforderungen der Richtlinien, Regelungen und Beschlüsse werden durch den MD Bund konkretisiert und ausgelegt. Zudem nennt der MD Bund Unterlagen, die zur Kontrolle der Einhaltung dieser Mindestvorgaben herangezogen werden sollen. Die Ausführungen des MD Bund beziehen sich dabei allgemein auf Anforderungen, die im Rahmen mehrerer Richtlinien kontrolliert werden, oder auf spezifische Anforderungen einzelner Richtlinien im Geltungsbereich der MD-QK-RL, nämlich:

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (Notfallstrukturen),
- Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL),
- Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL),
- Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL), und
- Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion).
- Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL)
- Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

Die im BGL veröffentlichten Strukturmerkmalbewertungen sind für die Begutachtenden der Medizinischen Dienste verbindlich. Diskrepanzen im Vorgehen und in den Bewertungen einzelner Anforderungen der jeweiligen medizinischen Dienste, oder sogar einzelner Begutachtender, sollen so vermieden werden, auch wenn die zu kontrollierenden Richtlinien selbst Interpretations- oder Ermessensspielräume offenlassen.

Die DKG begrüßt das Ziel des MD Bund, durch den BGL eine bundesweit einheitliche Auslegung der in den G-BA-Richtlinien, Beschlüssen und Regelungen enthaltenen Struktur und Prozessanforderungen und damit eine einheitliche Prüfpraxis der Medizinischen Dienste zu erreichen. Gleichwohl wird diese Auslegung einseitig nur durch den MD Bund ohne jede Abstimmung mit der DKG oder dem G-BA vorgenommen. Dies führt in einigen Fällen zu Konkretisierungen und Auslegungen, die von der DKG abgelehnt werden. Die verbindliche Vorgabe einer solchen einseitigen Interpretation in den Qualitätskontrollen bewertet die DKG kritisch. Qualitätskontrollen sollen bundesweit einheitlich gestaltet und vergleichbar sein, doch auch die in den Richtlinien vorgesehenen Ermessensspielräume und Verhältnismäßigkeit in der Auslegung sowie im Kontrollaufwand sind unerlässlich für eine faire Beurteilung. Die DKG nimmt daher ihrerseits eine Bewertung der vom MD Bund in der Anlage des BGL vorgenommenen Strukturmerkmalbewertungen vor.

Im Folgenden wird jeweils eine Bewertung der DKG zu den einzelnen Ausführungen des MD Bund zu den in der Anlage 1 des BGL (Version 2025.2) zu findenden Strukturmerkmalbewertungen dargelegt.

Bitte beachten Sie, dass die Bewertungen der DKG, ebenso wie die Strukturmerkmalbewertungen des MD Bund, nicht rechtsverbindlich sind.

Nr. 01 Allgemein: Kooperationen, Kooperationsverträge, Kooperationsvereinbarung — Seite 60

Zusammenfassung: Der MD Bund ist der Auffassung, dass Kooperationen durch schriftliche Kooperationsverträge nachzuweisen sind.

Bewertung der DKG: Da der Begriff „Kooperationsvereinbarung“ nicht definiert ist, ist eine schriftliche Bestätigung des Kooperationspartners als Nachweis ausreichend. Die DKG weist ergänzend darauf hin, dass Anforderungen auch durch Kooperationspartner erfüllt werden dürfen, wenn dies nicht in der jeweiligen Richtlinie explizit ausgeschlossen ist.

Nr. 04 MHI-RL: Kardioanästhesist, Erfahrung — Seite 61

Zusammenfassung: Der MD Bund hält fest, dass eine „nachweisbare Erfahrung in der Kardioanästhesie“ für Fachärztinnen und Fachärzte durch Unterlagen nachzuweisen ist, die erkennbar machen, dass das fachärztliche Personal für das Verfahren eingearbeitet wurde, und die Narkoseführung eigenständig durchführen kann. Solche Unterlagen können zum Beispiel Arbeitszeugnisse, Protokolle selbständig durchgeführter Narkosen oder Belege für die Einarbeitung nach einem bestimmten Konzept sein.

Bewertung der DKG: Die Interpretation des MD Bund wird als unkritisch bewertet. Der MD Bund weist in den Ergänzenden Hinweisen auf eine Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. von 2016 hin. Diese Publikation definiert detailliert Anforderungen an „erfahrenes“ Personal, die über die Anforderungen der Richtlinie hinaus gehen. Dieser Hinweis ist damit nicht als verbindlich, sondern nur als ergänzende Information anzusehen.

Nr. 07 QBAA-RL: Operationssaal, Einsatzbereitschaft, Personal — Seite 62 f.

Zusammenfassung: Nach Auffassung des MD Bund beinhaltet die sofortige Einsatzbereitschaft eines Operationssaals auch das hierfür benötigte Personal, das im Bereitschafts- oder Schichtdienst verfügbar sein muss.

Bewertung der DKG: Personelle Voraussetzungen für den Betrieb des Operationssaals werden nicht explizit in der QBAA-Richtlinie und auch nicht in den Tragenden Gründen definiert. Da die QBAA-Richtlinie vorrangig elektive Leistungen umfasst, lehnt die DKG die Auslegung des MD Bund als alleinige Lösung ab. Neben der Einschätzung des MD Bund sind insofern auch andere Versorgungsmodelle denkbar, um einen „jederzeit und sofort für die Versorgung einsatzbereit(en)“ Operationssaal sicherzustellen.

Nr. 08 QBAA-RL: Pflegepersonal, Fachweiterbildung Prozentquote, Vollzeitäquivalent, Anzahl — Seite 64

Zusammenfassung: Der MD Bund geht davon aus, dass die Prozentquote der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes mit Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie auf Vollzeitäquivalente zu beziehen ist.

Bewertung der DKG: Die Ausführung des MD Bund wird als unkritisch bewertet.

Nr. 11, Nr. 12 QFR-RL und MHI-RL: hauptamtlich, ärztliche Leitung — Seite 65 f.

Zusammenfassung: Der MD Bund führt aus, dass eine ärztliche Leitung als „hauptamtlich“ zu bezeichnen ist, wenn die Leitung mehr als 50 Prozent der Vollzeitstelle am Standort des Krankenhauses ausmacht.

Bewertung der DKG: Der Begriff „hauptamtlich“ ist in den jeweiligen Richtlinien nicht definiert, somit wären grundsätzlich auch andere Interpretationen möglich. Denkbar ist beispielsweise, dass jemand hauptamtlich als ärztliche Leitung tätig wird, diese Tätigkeit jedoch hinsichtlich ihres Umfanges weniger als 50 Prozent einer Vollzeitstelle ausmacht.

Nr. 14 QFR-RL: Kinderchirurgie, Rufbereitschaft, Verfügbarkeit — Seite 67 f.

Zusammenfassung: Der MD Bund geht davon aus, dass die ärztliche kinderchirurgische Dienstleistung anhand von Dienstplänen und Qualifikationsnachweisen der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderchirurgie zu belegen sei, was auch im Falle einer Kooperation gelte. Zudem müsse mittels einer SOP oder in der Kooperationsvereinbarung ein angemessenes Zeitfenster für die kinderchirurgische Dienstleistung festgelegt sein.

Bewertung der DKG: Die Tragenden Gründe des Beschlusses vom 20. Juni 2013 führen auf Seite 21 sowie vom 18. Juli 2024 auf Seite 50 aus, dass „die sachgerechte organisatorische Ausgestaltung des Rufbereitschaftsdienstes oder der Kooperationsvereinbarung […] in der Verantwortung der einzelnen Einrichtung mit Perinatalzentrum Level 1“ liege. Gleichwohl solle sichergestellt sein, „dass jederzeit auf eine Kinderchirurgin bzw. einen Kinderchirurgen zugegriffen werden kann, die bzw. der – wenn erforderlich – innerhalb einer dem Krankheitsbild angemessenen Zeit vor Ort tätig werden kann“. Somit geht die Auslegung des Medizinischen Dienstes über den Richtlinientext hinaus. Ferner fordert die Richtlinie entgegen der Auffassung des Medizinischen Dienstes keinen Facharztstatus. Die Vorgabe der Kinderchirurgie im Rufbereitschaftsdienst fordert ausschließlich den Facharztstandard.

Nr. 15 QFR-RL: Kinderchirurgie, Perinatalzentrum, Level 1, Operationssaal — Seite 69 f.

Zusammenfassung: Der MD Bund geht davon aus, dass die kinderchirurgische Versorgung am Standort des Perinatalzentrums Level 1 erfolgen können muss und setzt hierfür bestimmte Strukturparameter (Ausstattung, Personal) voraus.

Bewertung der DKG: Die konkreten Forderungen zur Ausstattung sind nicht im Richtlinientext enthalten und gehen somit über den Richtlinientext hinaus. Daher wird die Auslegung des MD Bund von der DKG abgelehnt.

Nr. 16 Allgemein: Dienstplan, geplant, tatsächlich — Seite 71

Zusammenfassung: Der MD Bund ist der Auffassung, dass zur Prüfung der tatsächlichen Personalausstattung der „Ist-Dienstplan“ heranzuziehen ist.

Bewertung der DKG: Anforderungen der jeweiligen Richtlinien können nicht automatisch als nicht erfüllt bewertet werden, wenn der tatsächliche Personaleinsatz beispielsweise aufgrund von Krankheit vom geplanten Personaleinsatz abweicht. Hier sind die jeweiligen Vorgaben der einzelnen Richtlinien zu berücksichtigen. In den einzelnen Richtlinien werden spezifische Regelungen für unterschiedliche Sachverhalte vorgesehen, so greift z. B. bei der QFR-RL ein Ausnahmetatbestand, wenn der Personalausfall über 15 Prozent beträgt.

Nr. 18 QBAA-RL: 30 Minuten am Patienten, Verfügbarkeit, Gefäßchirurgie Seite 72

Zusammenfassung: Der MD Bund geht davon aus, dass eine Verfügbarkeit eines Facharztes am Patienten innerhalb von 30 Minuten i. d. R. nur bei Anwesenheit des Dienstes im Krankenhaus eingehalten werden kann und dass im Falle eines Rufbereitschaftsdienstes weitere Nachweise notwendig seien. Der MD Bund führt hierzu folgende mögliche Nachweise auf: Schriftliche Dienstanweisung, Betriebsvereinbarung oder ergänzende arbeitsvertragliche Regelung.

Bewertung der DKG: Die Verfügbarkeit eines Facharztes am Patienten innerhalb von 30 Minuten ist im Richtlinientext vorgegeben und ist sicherzustellen. Sie muss auch durch einen Nachweis im Rahmen der Kontrolle überprüfbar sein. Eine abschließende Aufzählung möglicher schriftlicher Nachweise wird von der DKG abgelehnt.

Nr. 19 MHI-RL: Allgemeinchirurgie, Facharztqualifikation Seite 73

Zusammenfassung: Der MD Bund legt die Vorgabe der „Fachrichtung Allgemeinchirurgie“ so aus, dass diese Fachärztinnen/Fachärzte für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie und für Viszeralchirurgie umfasst.

Bewertung der DKG: Die Ausführung des MD Bund wird als unkritisch bewertet.

Nr. 21, Nr. 22 QFR-RL und MHI-RL: Leitung Kreißsaal und Stationsleitung (Qualifikation, Leitungslehrgang, Hochschulqualifikation) Seite 74 f.

Zusammenfassung: Mit Verweis auf ein entsprechendes BSG-Urteil sieht der MD Bund zur Erfüllung der Mindestanforderung einer Leitungskraft eine Weiterbildung gemäß gültiger DKG-Empfehlung als erforderlich an.

Bewertung der DKG: Ein Leitungslehrgang ist Vorgabe der Richtlinien. Es wird in den Richtlinien jedoch nicht explizit auf die „DKG-Empfehlung für die Weiterbildung zur Leitung einer Station/eines Bereiches“ abgestellt. Damit handelt es sich um eine Forderung, die über die Mindestvorgaben hinausgeht, und damit als nicht bindend anzusehen ist. Es könnten auch weitere entsprechende Weiterbildungen hier Berücksichtigung finden.

Nr. 23 MHI-RL: Hybrid-Operationssaal Seite 76

Zusammenfassung: Der MD Bund führt aus, dass der Hybrid-Operationssaal die Merkmale eines Operationssaales mit denen eines Herzkatheterlabors kombiniert, und dazu eine fest verbaute bildgebende apparative Ausstattung obligat sei. Eine mobile, nicht fest verbaute Bildgebungsapparatur sei nicht ausreichend. Zudem seien die obligatorischen aseptischen Kautelen eines Operationssaales zu erfüllen, auf bauliche Gegebenheiten und besondere Anforderungen wird verwiesen.

Bewertung der DKG: Die konkreten Anforderungen (apparative Ausstattung und bauliche Gegebenheiten) an einen Hybrid-Operationssaal sind nicht im Richtlinientext enthalten und gehen somit über den Richtlinientext hinaus. Daher wird die Auslegung des MD Bund von der DKG abgelehnt.

Nr. 24 QBAA-RL: Expertise, endovaskuläre Verfahren — Seite 77 f.

Zusammenfassung: Zur Erfüllung des Strukturmerkmals der „entsprechenden Expertise“ in endovaskulären Verfahren der jeweiligen Facharztgruppe sieht der MD Bund neben der Facharztqualifikation in Gefäßchirurgie bzw. Radiologie weitere Belege über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten als erforderlich an. Als Beispiele für solche Belege führt er Zertifizierungen von den entsprechenden Fachgesellschaften oder OP-Berichte bzw. Protokolle über eigenständig durchgeführte Eingriffe auf.

Bewertung der DKG: Die Interpretation des MD Bund wird als unkritisch bewertet.

Nr. 28 Notfallstrukturen: Qualifikationen verantwortliche/r Arzt/Ärztin und Pflegekraft, ZNA — Seite 79 f.

Zusammenfassung: Der MD Bund führt aus, dass der/den verantwortlichen Arzt/Ärztin über eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung verfügen muss, und listet mögliche Qualifikationen von Pflegekräften auf.

Bewertung der DKG: Die Ausführung des MD Bund wird als unkritisch bewertet, da sie nicht über die Anforderungen der Richtlinie in Verbindung mit der Musterweiterbildungsordnung hinausgeht.

Nr. 29 Notfallstrukturen: Verfügbarkeit in der ZNA — Seite 81

Zusammenfassung: Laut Einschätzung des MD Bund ist die Verfügbarkeit des verantwortlichen Arztes/der verantwortlichen Ärztin und Pflegekraft im Bedarfsfall mindestens durch einen Rufbereitschaftsdienst (24h/7d) sicherzustellen.

Bewertung der DKG: Die Auslegung des MD Bund zur Verfügbarkeit des qualifizierten Personals wird abgelehnt. Die Operationalisierung der Vorgabe ist Angelegenheit des Krankenhauses. Ein Rufdienst ist in der Regelung nicht vorgegeben.

Nr. 31 Notfallstrukturen: Schwerverletztenversorgung — Seite 82

Zusammenfassung: Der MD Bund weist darauf hin, dass die in den aktuell gültigen Regelungen zu den Notfallstrukturen in § 24 genannten Seiten aus dem Weißbuch 2012 mit Anhang Grundlage der Kontrollen seien.

Bewertung der DKG: Die Auslegung des MD Bund entspricht den Mindestanforderungen der Richtlinie. Die DKG teilt daher die Einschätzung des MD Bund.

Nr. 32 Notfallstrukturen: Spezialversorgung — Seite 83 f.

Zusammenfassung: Der MD Bund ist der Auffassung, dass zum einen grundsätzlich geprüft werden muss, ob es sich um entsprechende Einrichtungen handelt und darüber hinaus, ob Qualifikationen des Personals und Erreichbarkeit des Krankenhauses gegeben sind.

Bewertung der DKG: Die Qualifikation des Personals und die Erreichbarkeit des Krankenhauses werden in der Notfallstufenregelung für das Modul Spezialversorgung nicht als Mindestanforderung aufgeführt. Vor diesem Hintergrund wird die Auffassung des MD Bund abgelehnt.

Nr. 33 Notfallstrukturen: Schwerverletztenversorgung, Schockraum, Schockraumteam, Basisteam — Seite 85 f.

Zusammenfassung: Für die initiale Versorgung eines Schwerverletzten ist ein Schockraumteam aus mindestens fünf Ärztinnen/Ärzten sowie fünf nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern erforderlich, welches im Schicht- oder Bereitschaftsdienst vorzuhalten ist. Der MD Bund ist der Auffassung, dass für die gleichzeitige Versorgung eines zweiten Schwerverletzten ein weiteres Schockraumteam innerhalb von 20-30 Minuten anwesend sein muss.

Bewertung der DKG: Nicht immer ist zwingend das gesamte Schockraumteam gleichzeitig in der Notfallversorgung aktiv, so dass auch denkbar ist, dass einzelne Mitglieder des Schockraumteams zwischen den beiden Schwerverletzten pendeln. Eine komplette Doppelvorhaltung ist daher nicht zwingend notwendig. In dringenden Fällen können auch Ärzte vom Stationsdienst kurzfristig in den Schockraum abberufen werden.

Nr. 34 Notfallstrukturen: CT, computertomographische Bildgebung, Teleradiologie, Strahlenschutzgesetz — Seite 87 f.

Zusammenfassung: Nach Einschätzung des MD Bund beschränkt sich der Betrieb einer teleradiologischen Röntgeneinrichtung grundsätzlich auf den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst. In diesen Zeiträumen könne die 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung auch durch Teleradiologie sichergestellt werden. Hierfür müssen laut MD Bund jedoch verschiedene Voraussetzungen vorliegen, wie bspw. die Vorlage einer entsprechenden Genehmigung der zuständigen Behörde und einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem teleradiologischen Dienstleister und dem Krankenhausstandort. Weiterhin müssen im Hinblick auf die Erfordernisse des Strahlenschutzgesetzes (StrlSchG) auch die im Dienstplan benannten Teleradiologinnen/Teleradiologen bzw. deren Vertretung vor Ort (§ 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4b StrlSchG) sowie das Assistenzpersonal (MTRA, § 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 StrlSchG) die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz innehaben.

Bewertung der DKG: Grundsätzlich ist es richtig, dass am Ort der Durchführung ein Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz anwesend sein muss, der im Zweifelsfall (z. B. bei einem Kontrastmittelzwischenfall) eingreifen kann. Der Teleradiologe mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz muss nicht vor Ort sein. Sollte im Einzelfall eine persönliche Anwesenheit des Teleradiologen am Ort der technischen Durchführung erforderlich werden, dann muss dieser innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraums dort eintreffen; in begründeten Fällen kann auch ein anderer Arzt persönlich anwesend sein, der die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzt. Laut StrlSchG ist jedoch nicht grundsätzlich eine Vertretungsregelung notwendig, sondern nur, wenn der Teleradiologe zu weit entfernt ist, dass er im Notfall selbst nicht rechtzeitig an den Untersuchungsort kommen könnte. Dann könnte hierfür eine „Vertretung“ beauftragt werden (§ 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4b StrlSchG). Demnach ist rein vorsorglich darauf hinzuweisen, dass, wenn es keinen Vertreter gibt, auch keiner benannt werden muss.

Nr. 35, Nr. 36	Allgemein: Gleichwertigkeitsbescheinigung, Qualifikation, DKG-Empfehlungen für die Weiterbildung zur Leitung einer Station/ eines Bereiches bzw. für speziell weitergebildetes Pflegepersonal	Seite 89 f.

Zusammenfassung: Zum Nachweis der vorgegebenen pflegerischen Leitungsqualifikation und Fachweiterbildung verweist der MD Bund auf die Zuständigkeit der Krankenhäuser und der DKG für die Vorlage von Qualifikationsnachweisen des Personals. Sofern dem Weiterbildungsnachweis nicht zu entnehmen sei, dass die Weiterbildung „Leitung einer Station/eines Bereiches“ gemäß den Empfehlungen der DKG absolviert wurde, sei vom Krankenhaus eine Gleichwertigkeitsbescheinigung vorzulegen. Die Gleichwertigkeit sei von der DKG zu bescheinigen.

Bewertung der DKG: Die Aussage des MD Bund hierzu ist durch die Richtlinientexte nicht gedeckt. Per G-BA Richtlinien ist festgelegt, dass die DKG zu landesrechtlichen Regelungen eine Einschätzung abgibt und diese auf der Homepage des G-BA zukünftig veröffentlicht werden soll. Darüber hinaus ist zur Anerkennung der Nachweise zur Fachweiterbildung und Leitungsqualifikation keine Regelung getroffen, aus der sich eine Pflicht zum Vorlegen zusätzlicher Bescheinigungen oder Ähnliches ableiten ließe.

Nr. 37	QS-RL Liposuktion: Definition Diagnose Lipödem Stadium III	Seite 96 f.

Zusammenfassung: Der MD Bund ist der Auffassung, dass – trotz anderslautender Definitionen für ein Lipödem in ICD-10-GM 2022 und S1-Leitlinie Lipödem der AWMF – für die Behandlung eines Lipödem Stadium III unter den Bedingungen der Richtlinie ausschließlich die in der QS-RL Liposuktion in § 4 Abs. 2 festgelegte Definition zur Diagnosestellung anzuwenden sei.

Bewertung der DKG: Die Auslegung des MD Bund entspricht der Richtlinie, die zur Diagnosestellung klare und eindeutige Anforderungen festlegt. Die DKG teilt daher die Einschätzung des MD Bund.

Hinweis: Die Nr. 37 ist aus dem Begutachtungsleitfaden (ab Version 2025.2) entfallen!

ENTFALLEN!

Nr. 38	Notfallstrukturen: Erweiterte, umfassende, Notfallversorgung, Dienste, Fachabteilungen	Seite 91 f.

Zusammenfassung: Zu den Anforderungen an eine Fachabteilung im Sinne der §§ 8, 13 und 18 Notfallstufen-Regelung verweist der MD Bund auf § 5 Abs. 2 Notfallstufen-Regelung. § 5 Abs. 2 S. 2 legt fest, zwingendes Merkmal einer Fachabteilung sei, dass ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen jederzeit innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sei. Dabei seien die Fachabteilungen bei der erweiterten (§ 13) und umfassenden (§ 18) Notfallversorgung als zusätzlich zu den in § 8 vorgegebenen Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin zu verstehen, die auch einen zusätzlichen eigenständigen fachärztlichen Dienst vorhalten müssten. Damit seien bei der erweiterten Notfallversorgung (§ 13) insgesamt mindestens sechs, und bei der umfassenden Notfallversorgung (§ 18) insgesamt mindestens neun fachärztliche Dienste vorzuhalten.

Bewertung der DKG: Die Interpretation des MD Bund geht insofern über die Notfallstufen-Richtlinie hinaus, als dass sie je eingebundener Fachabteilung einen „eigenständigen fachärztlichen Dienst, der innerhalb maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar“ sein müsse, fordert. Im Richtlinientext in § 5 Abs. 2 Nr. 2 ist in Bezug auf die 30-minütige Verfügbarkeit lediglich von „angestellten Fachärzten des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen“ die Rede, ohne weitere Angabe, inwiefern diese an eine bestimmte Fachabteilung gebunden seien. Es ist daher denkbar, dass der Dienst von Ärztinnen und Ärzten einer beliebigen Fachabteilung des Krankenhauses übernommen wird, solange sie über die geforderten Qualifikationen verfügen.

Nr. 39 Notfallstrukturen: 30 Minuten am Patienten, Verfügbarkeit, Fachabteilung — Seite 93

Zusammenfassung: Der MD Bund geht davon aus, dass eine Verfügbarkeit eines Facharztes am Patienten innerhalb von 30 Minuten i. d. R. nur bei Anwesenheit der Ärztin/ des Arztes im Krankenhaus eingehalten werden kann und dass im Falle eines Rufbereitschaftsdienstes weitere Nachweise notwendig seien. Der MD Bund führt hierzu folgende mögliche Nachweise auf: Schriftliche Dienstanweisung, Betriebsvereinbarung oder ergänzende arbeitsvertragliche Regelung.

Bewertung der DKG: Die Verfügbarkeit eines Facharztes am Patienten innerhalb von 30 Minuten ist im Richtlinientext vorgegeben und ist sicherzustellen. Sie muss auch durch einen Nachweis im Rahmen der Kontrolle überprüfbar sein. Eine abschließende Aufzählung möglicher schriftlicher Nachweise wird von der DKG abgelehnt.

Nr. 40 QBAA-RL: Intensivstation, Pflegedienst, Fachweiterbildungsquote — Seite 94

Zusammenfassung: Nach Einschätzung des MD Bund ist die Intensivstation als räumlich und organisatorisch abgegrenzte Station in ihrer Einheit zu betrachten. Die Abgrenzung einzelner Betten innerhalb der Station als Untereinheiten mit separaten Dienstplänen oder Personalschlüsseln ist nach Auffassung des MD Bund nicht zulässig.

Bewertung der DKG: Die Aussage des MD Bund hierzu ist durch die Richtlinientexte nicht gedeckt. Die Bildung von Untereinheiten innerhalb der Intensivstation stellt im Zusammenhang mit der QBAA-RL eine vielfach in der Praxis realisierte Lösung dar, die für die Sicherstellung der Versorgung und für den zielgerichteten Einsatz des Fachpersonals zwingend notwendig und sachgerecht ist. Die QBAA-RL besteht seit 2008 im Wesentlichen unverändert, eine zeitgemäße Überarbeitung der Richtlinie ist notwendig und wird von der DKG im G-BA bereits seit langem gefordert. Inzwischen behindert die QBAA-RL einen zielgerichteten Einsatz von Fachpflegepersonal. Die geschilderte Lösung minimiert diesen unerwünschten Effekt und steht nicht im Widerspruch zur Richtlinie.

Nr. 41 QBAA-RL: Transfusionsmedizin — Seite 95 f.

Zusammenfassung: Gemäß § 5 Abs. 1 QBAA-RL ist „Transfusionsmedizin [jederzeit und sofort einsatzbereit] sicherzustellen“. Zur Operationalisierung dieser Anforderung führt der MD Bund aus, dass ein/e Transfusionsverantwortliche/r, und in jeder Einrichtung, in der Blutprodukte angewandt werden, ein/e Transfusionsbeauftragte/r zu bestellen sei. Für beide Funktionen werden konkrete nachzuweisende Qualifikationen aufgeführt. Der MD Bund bezieht sich dabei auf das Transfusionsgesetz (TFG) und die Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer (BÄK)
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf

Bewertung der DKG: Die Interpretation des MD Bund geht über die Richtlinie hinaus. Das TFG insgesamt und insbesondere § 15 „Qualitätssicherung“ ist aber im Zusammenhang dieser Anforderung der QBAA-RL einschlägig, und die hier getroffenen Vorgaben sind zur Operationalisierung der Richtlinie im Rahmen von Qualitätskontrollen geeignet. § 15 Abs. 1 TFG legt fest, dass ein/e Transfusionsverantwortliche/r, und in jeder Behandlungseinheit, in der Blutprodukte angewandt werden, ein/e Transfusionsbeauftragte/r zu bestellen sei.
(Die Fortsetzung der Bewertung folgt auf der nächsten Seite)

Die Auflistung der einzelnen Qualifikationen für diese beiden Funktionen ist der BÄK-Richtlinie „Hämotherapie“ Nr. 6.4.1.3.2.3 entnommen. Diese Richtlinie basiert auf §§ 12a und 18 TFG und soll den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik feststellen. Sie kann insofern als Orientierung für eine Überprüfung herangezogen werden; sie kann aber keine abschließende Aufzählung möglicher Qualifikationen darstellen.

Nr. 42 Notfallstrukturen: Beobachtungsstation, 6 Betten Seite 97

Zusammenfassung: Die Notfallstufen-Regelung sieht vor, dass in Einrichtungen der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung eine Beobachtungsstation vorzuhalten ist, die der Notaufnahme „organisatorisch angeschlossen“ ist. Der MD Bund führt aus, dass die Beobachtungsstation damit unter der organisatorischen Verantwortung der Notaufnahme zu stehen habe, und ihr Personal der Leitung der Notaufnahme unterstellt seien. Die Beobachtungsstation habe ausschließlich der Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten der Notaufnahme zu dienen

Bewertung der DKG: „Organisatorisch angeschlossen“ ist zwar nicht zwangsläufig mit „unterstellt“ gleichzusetzen, im Zusammenhang der Koordination von Notaufnahme und Beobachtungsstation soll jedoch das Bestimmungsrecht über die Belegung der Beobachtungsstation bei der Leitung der Notaufnahme liegen. Aus den Tragenden Gründe zum Beschluss der Erstfassung der Regelung geht hervor, dass der Betrieb der Beobachtungsstation zumindest spezifisch für den Aufgabenbereich der Notaufnahme vorgesehen ist. Die Einschätzung des MD Bund wird daher als unkritisch bewertet.

Nr. 43 Allgemein: Telemedizin, Teamsitzung, Inaugenscheinnahme, Konsiliarische Dienste

Zusammenfassung: Der MD Bund ist der Auffassung, dass eine Leistung bzw. ein Verfahren nur dann bei telemedizinischer Erbringung als erfüllt bewertet werden kann, wenn eine telemedizinische Leistungserbringung in dem jeweiligen Regelwerk des G-BA ausdrücklich vorgesehen ist.

Bewertung der DKG: Die Auslegung des MD Bund wird von der DKG und auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt. Eine explizite Ausweisung in den G-BA Richtlinien, Beschlüssen und Regelungen, welche Leistungen bzw. Verfahren telemedizinisch erbracht werden dürfen, existiert nicht. Ein in G-BA Richtlinien, Beschlüssen und Regelungen getroffenes Verbot der telemedizinischen Erbringung von Konsilen widerspräche zudem der Systematik der jeweiligen Regelwerke des G-BA, die Mindestvoraussetzungen für die Leistungserbringung definieren, aber keine Verbote bestimmter Formen der Leistungserbringung beinhalten. Somit ist eine telemedizinische Erbringung von Konsilen durch die jeweiligen Regelwerke des G-BA nicht ausgeschlossen.

ENTFALLEN!

Hinweis: Die Nr. 43 ist aus dem Begutachtungsleitfaden (ab Version 2024.2) entfallen!

Nr. 44 Allgemein: Umgang mit den Begriffen “soll”, „sollen“ in den Anforderungen der G-BA-Richtlinien

Zusammenfassung: Der MD Bund ist der Auffassung, dass Soll-Vorgaben in den G-BA Richtlinien grundsätzlich eine ähnliche rechtliche Bindungswirkung entfalten wie sogenannte Muss-Vorgaben. Nur bei Vorliegen atypischer Umstände, die im Einzelfall eine begründete Ausnahme von den Vorgaben rechtfertigen, kann davon abgewichen werden. Vom Krankenhaus sind hierfür die Gründe zu benennen und darzulegen, welche Maßnahmen ergriffen wurden, um die Qualitätsanforderung einzuhalten. Nach Ansicht des MD Bund ist auch eine „Soll“-Anforderung vollumfänglich zu prüfen, mit dem Ergebnis, dass auch eine nicht eingehaltene „Soll“-Anforderung im Kontrollbericht als „nicht erfüllt“ zu bewerten ist. Dies führt zu dem Gesamtkontrollergebnis „nicht erfüllt“, selbst wenn alle anderen Qualitätsanforderungen vom Krankenhaus eingehalten werden.

Bewertung der DKG: Soll-Vorgaben unterscheiden sich rechtlich von Kann- und Muss-Vorgaben. Bei einer vorliegenden Soll-Vorgabe ist das Krankenhaus in der Regel dazu verpflichtet diese auch einzuhalten, während in begründeten Ausnahmefällen hiervon abgewichen werden kann. Dies begrenzt sich nicht nur auf atypische Situationen, wie der MD Bund ausführt, sondern kann auch andere Gründe haben. Demnach wird mit einer Soll-Vorgabe ein Ermessensspielraum eingeräumt, der vom MD unter Berücksichtigung der Darlegungen des Krankenhauses zum Vorliegen eines begründeten Ausnahmefalles rechtsfehlerfrei auszuüben ist. Die Nichteinhaltung einer Soll-Vorgabe kann daher nicht pauschal mit der Nicht-Erfüllung einer Muss-Vorgabe gleichgesetzt werden und zu einem negativen Gesamtkontrollergebnis, mit dem Hinweis, dass diese Beurteilung auf einer „Soll“-Vorgabe basiert, führen.

ENTFALLEN

Hinweis: Die Nr. 44 ist aus dem Begutachtungsleitfaden (ab Version 2024.2) entfallen!

Nr. 45 PPP-RL: Anrechnung Berufsgruppen, Qualifikationserfordernisse Seite 98

Zusammenfassung: Der MD Bund führt aus, dass für eine Anrechnung von Fach- und Hilfskräften von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen eine entsprechende Qualifikation zur Übernahme von Regelaufgaben gemäß Anlage 4 erforderlich sei. Diese müsse entweder durch einen anerkannten Berufsabschluss oder durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden. Für den Nachweis der mindestens fünfjährigen praktischen Tätigkeit sei ein entsprechender Tätigkeitsnachweis vorzulegen, der darlegt, dass in diesem Zeitraum Regelaufgaben der Berufsgruppe erbracht wurden. Weitere Möglichkeiten der Anerkennung und Anrechnung bestünden nicht.

Bewertung der DKG: Gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL können Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen in begrenztem Maße angerechnet werden, „solange eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen.“ Die Forderung des MD Bund nach einem anerkannten Berufsabschluss geht über die Regelungen in der Richtlinie hinaus und wird von der DKG abgelehnt. Ein Berufsabschluss stellt prinzipiell eine Möglichkeit für einen Nachweis dar, dass eine Qualifikation zur Übernahme von Regelaufgaben vorliegt. Ferner ist „anerkannter Berufsabschluss“ in der Auslegung des MD Bund nicht definiert.

In § 8 Abs. 5 PPP-RL heißt es weiter: „Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden“. Laut PPP-RL kann als Nachweis auch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung herangezogen werden.

(Die Fortsetzung der Bewertung folgt auf der nächsten Seite)

Ein regelhafter Tätigkeitsnachweis, dass in dieser Zeit entsprechende Regelaufgaben der Berufsgruppe erbracht wurden, geht über die Anforderungen der Richtlinie hinaus. Diese Forderung des MD Bund wird von der DKG abgelehnt.

Ferner können auch ungelernte oder anderweitig ausgebildete Hilfskräfte, die weniger als fünf Jahre praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung aufweisen, Regelaufgaben übernehmen und auf die Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL angerechnet werden (z. B. Vor- und Nachbereitung patientenbezogener Tätigkeiten, Materialbeschaffung). Die PPP-RL macht keine verbindlichen Vorgaben zum Nachweis der Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben, sondern lässt hier bewusst Freiräume, da die Regelaufgaben sehr unterschiedlich sind und dementsprechend unterschiedliche Qualifikationsanforderungen haben. Die diesbezügliche Auslegung durch den MD Bund wird von der DKG abgelehnt.

Nr. 46 QSFFx-RL: Geriatrisches Screening bei Aufnahme, validiertes Erhebungsinstrument — Seite 99

Zusammenfassung: Der MD Bund führt aus, dass bei allen Patientinnen und Patienten mit einem Alter ≥ 70 Jahre bei Aufnahme ein Screening zum Zweck der Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgen muss. Als validierte und somit geeignete Erhebungsinstrumente zur Identifikation geriatrischer Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur führt der MD Bund die Instrumente „Geriatrie-Check“, „Geriatrisches Screening nach Lachs“ „GeriNOT (Identifikation geriatrischer Risikopotenziale bei Aufnahme)“ sowie „ISAR (Identification of Seniors at risk)“ auf.

Bewertung der DKG: Die konkrete Festlegung zur Anwendung eines Erhebungsinstrumentes mit einem bestimmten Einschlussalter ist im Richtlinientext nicht enthalten und geht somit über den Richtlinientext hinaus. Die Auslegung des MD Bund wird von der DKG abgelehnt. Der MD Bund listet weiterhin vier Erhebungsinstrumente auf, die er als zulässig für das Screening anerkennt. Diese abschließende Aufzählung lehnt die DKG grundsätzlich ab, da sie durch den Normtext nicht gedeckt ist.

Nr. 47 QSFFx-RL: Geriatrische Kompetenz, täglich — Seite 100 f.

Zusammenfassung: Der MD Bund führt aus, dass zur perioperativen Gewährleistung einer täglichen geriatrischen Kompetenz bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenksnahen Femurfraktur eine Inaugenscheinnahme der Patientin bzw. des Patienten vor Ort durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz unter Bewertung des Einzelfalles möglich sein muss. Die Möglichkeit einer täglichen Verfügbarkeit (bis Ende 2026 mindestens als Konsil vor Ort) ist anhand von Dienstplänen zu belegen. Eine telemedizinische Gewährleistung der täglichen geriatrischen Kompetenz für die perioperative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist nach § 4 Absatz 5 QSFFx-RL nicht ausgeschlossen.

Bewertung der DKG: Die Auslegungen des MD Bund sind uneindeutig. Aus Sicht der DKG muss der Facharzt mit geriatrischer Kompetenz nicht täglich vor Ort verfügbar sein, solange es keinen Bedarf für eine geriatrische Behandlung gibt (z. B. weil kein Patient mit positivem geriatrischem Screening, bei dem die frühzeitige Einbindung eines Facharztes mit geriatrischer Kompetenz in den Behandlungsverlauf zu erfolgen hat, anwesend ist) oder es um medizinische Fragestellungen geht, die keine Anwesenheit vor Ort erforderlich machen (und diese z. B. telemedizinisch oder telefonisch geklärt werden können). Der Wortlaut im BGL, „unter Bewertung des Einzelfalles“, könnte ein Hinweis von der Abweichung der Erforderlichkeit der täglichen Verfügbarkeit sein, ist aber unklar formuliert.
(Die Fortsetzung der Bewertung folgt auf der nächsten Seite.)

Die Möglichkeit einer Inaugenscheinnahme der Patientin bzw. des Patienten mit positiven geriatrischen Screenings vor Ort durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz muss bei medizinischem Bedarf gegeben und durch das Krankenhaus nachweisbar sein.

Im Rahmen der Übergangsregelung gemäß § 12 Absatz 1 kann bis 6 Jahre nach Inkrafttreten die geriatrische Kompetenz grundsätzlich auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden. Diese Übergangsregelung entspricht dem orthogeriatrischen Kooperationsmodell 1. Geriatrische Konsile sind dabei jegliche Formen der angefragten Beratung und Beurteilung hinsichtlich geriatrischer Behandlungsaspekte. Der Begriff „Konsil“ wird auch in diesem Sinne als Oberbegriff in der QSFFx-RL verwendet. Eine kontinuierliche klinische Mitbehandlung durch die Geriatrie ist im Rahmen der Übergangsregelung gemäß § 12 Absatz 1 der QSFFx-RL damit nicht obligat, sondern obliegt der ärztlichen Einschätzung. Bei Bedarf ist die geriatrische Kompetenz mindestens auf Anforderung im Sinne eines Konsils hinzuzuziehen.

Das Konsil ist entsprechend dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu erbringen, wodurch auch telemedizinische Leistungen nicht durch die Richtlinie ausgeschlossen sind. Weitere inhaltliche oder organisatorische Konkretisierungen zur praktischen Umsetzung sind der Richtlinie nicht zu entnehmen und sind an dieser Stelle auch nicht erforderlich; sie erfolgen im Rahmen der Sozialgesetzgebung und des allgemeinen ärztlichen Berufsrechts. Die MBO-Ä sieht in § 7 Absatz 4 vor, dass Ärzte auch bei noch unbekannten Patienten eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien vornehmen dürfen, sofern dies ärztlich vertretbar und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt ist. Den Ärzten obliegt somit ein Ermessenspielraum bei der Durchführung von Konsilen. Die Entscheidung, ob ein Konsil in Präsenz oder im Rahmen der Telemedizin durchgeführt wird, richtet sich somit nach den medizinischen Erforderlichkeiten. Gemäß § 87 Absatz 2a SGB V dürfen Ärzte aller Fachgruppen Telekonsile in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung in weitem Umfang in Anspruch nehmen. Geriatrische Konsile können innerhalb der QSFFx-RL grundsätzlich von Ärzten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, aber auch von niedergelassenen Ärzten übernommen werden, sofern diese die definierten personengebundenen Qualifikationen erfüllen (§ 4 Absatz 5 Satz 4 QSFFx-RL). Damit adressiert die QSFFx-RL eine sektorenübergreifende Versorgung, für welche ebenfalls eine einschlägige Rechtsgrundlage zur Erbringung telemedizinischer Konsile vorliegt.

Nr. 48	Perinataler Schwerpunkt, Ärztliche Versorgung Geburtshilfe, unmittelbar tätig werden	Seite 102

Zusammenfassung: Der MD Bund führt aus, dass in Perinatalen Schwerpunkten (Versorgungsstufe III) eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vor Ort anwesend sein muss, sobald eine Schwangere mit drohender Frühgeburt (≥ 1500 g oder 32+0 bis ≤ 36+6 SSW) betreut wird. Außerhalb dieser Situationen genügt eine fachärztliche Rufbereitschaft.

Bewertung der DKG: Die Anforderung Nr. III.1.2 Absatz 1 Anl. 1 QFR-RL gibt keine konkrete Dienstart vor. Gleichwohl kann der differenzierten Interpretation des MD Bund, welche nach Anwesenheit und Nicht-Anwesenheit einer Schwangeren mit einer drohenden Frühgeburt und geschätztem Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 32+0 bis ≤ 36+6 SSW am Standort unterscheidet, aus fachlicher Sicht zugestimmt werden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

FAIR

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG