

**Bewertung der DKG zum
Begutachtungsleitfaden des MD Bund
„Begutachtungen des Medizinischen
Dienstes gemäß der MD-Qualitäts-
kontroll-Richtlinie (Version 2023.2)“**

Stand 04.12.2023

Einleitung

Der Medizinische Dienst führt gemäß § 275a 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 Juli 2023.

In den Kapiteln 1 bis 9 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 Kapitel 10, der Anlage, des BGL werden 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).

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 unter 10.1 BGL (Version 2023.2) zu findenden Strukturmerkmalbewertungen dargelegt.

Nr. 01 Allgemein: Kooperationen

Seite 66

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 67

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, Personal

Seite 68-69

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

Seite 70

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 71, 72

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 Umfangs weniger als 50 Prozent einer Vollzeitstelle ausmacht.

Nr. 14 QFR-RL: Kinderchirurgie, Rufbereitschaft

Seite 73-74

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 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 Richtlinien text 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

Seite 75-76

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 Richtlinien text enthalten und gehen somit über den Richtlinien text hinaus. Daher wird die Auslegung des MD Bund von der DKG abgelehnt.

Nr. 16 Allgemein: Dienstplan

Seite 77

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**

Seite 78

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 Richtlinien text 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: Allgemein Chirurgie**

Seite 79

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

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

Nr. 21, Nr. 22 **QFR-RL und MHI-RL: Leitung Kreißaal und Stationsleitung**

Seite 80, 81

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 82

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 Richtlinien text enthalten und gehen somit über den Richtlinien text hinaus. Daher wird die Auslegung des MD Bund von der DKG abgelehnt.

Nr. 24 **QBAA-RL: Expertise, endovaskuläre Verfahren** **Seite 83-84**

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: verantwortliche/r Arzt/Ärztin und Pflegekraft** **Seite 85-86**

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 87**

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. 30 **Notfallstrukturen: Schlaganfallversorgung** **Seite 88**

Zusammenfassung: Der MD Bund führt als Mindestanforderung für das Modul Schlaganfallversorgung eine Zertifizierung bzw. Anerkennung als „Stroke Unit“ sowie die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten mit TIA und/oder Schlaganfall auf.

Bewertung der DKG: Die „Stroke Unit“ wird in der Notfallstufenregelung nicht näher definiert. Aus diesem Grund gehen die Forderungen des Medizinischen Dienstes über die Mindestanforderungen hinaus und werden abgelehnt.

Nr. 31 **Notfallstrukturen: Schwerverletztenversorgung** **Seite 89**

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 90-91

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 92-93

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 94-95

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 96, 97

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 Richtlinien Texte 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 98-99

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.

Nr. 38 Notfallstrukturen: Erweiterte, umfassende, Notfallversorgung, Dienste, Fachabteilungen Seite 100-101

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 Richtlinien text 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 102

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 Richtlinien text 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 103

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 Richtlinien texte 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.

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) (Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie): <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/medizin-und-ethik/wissenschaftlicher-beirat/stellungnahmen-richtlinien-jahresberichte/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie>).

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 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.

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.

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

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

