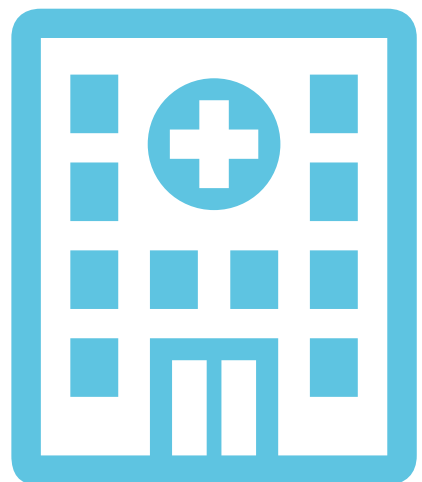


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V

Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen
und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1
Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)

Anlage 5: Erforderliche Unterlagen zu Leistungsgruppen: G-BA-Richtlinien



Inhaltsverzeichnis

Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – Erweiterte Notfallversorgung.....	6
Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – Umfassende Notfallversorgung	10
Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	14
Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL)	18
Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHe-RL)	21
Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL)	26
Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) – Perinatalzentren Level 1 (Versorgungsstufe I).....	29
Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) – Perinatalzentren Level 2 (Versorgungsstufe II)	36
Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) – Perinataler Schwerpunkt (Versorgungsstufe III).....	42

Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – Erweiterte Notfallversorgung

Leistungsgruppe 11: Interventionelle Kardiologie

Leistungsgruppe 27: Spezielle Traumatologie

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 6 Absatz 2 Satz 1	→ Nachweis über die Zentrale Notaufnahme (ZNA) am Krankenhausstandort → Nachweis über die ganz überwiegende Notfallversorgung in der ZNA (z. B. SOP)
§ 6 Absatz 2 Satz 2	→ Nachweis über eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit (z. B. SOP, Dienstanweisung, bei schriftlichem Verfahren zusätzlich: Grundriss zum Beleg der räumlichen Abgrenzung) → Nachweis über eine eigenständige fachlich unabhängige Leitung (z. B. Arbeitsvertrag, Dienstvereinbarung, Organigramm) und Qualifikationsnachweis (Facharzturkunde)
§ 6 Absatz 2 Satz 3	→ Nachweis über den grundsätzlich barrierefreien Zugang zur ZNA
§ 6 Absatz 3	→ Kooperationsvereinbarung mit zuständiger Kassenärztlicher Vereinigung zur Versorgung von ambulanten Notfällen
§ 8	→ Nachweis der Voraussetzungen nach § 5 Absatz 2 der Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie oder Unfallchirurgie: ↳ Nachweis über eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses (z. B. Organigramm, Stellenanzahl) ↳ Ärztliche Dienstpläne der jeweiligen Fachabteilung für den Prüfzeitraum ↳ Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde) der in diesem Zeitraum eingesetzten Ärztinnen und Ärzte ↳ Nachweise der jederzeitigen Verfügbarkeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) der jeweiligen angestellten Fachärztinnen oder Fachärzte innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder an dem Patienten (z. B. Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung) ↳ Feststellungsbescheid Planungsbehörde, Landeskrankenhausplan oder andere geeignete Belege (Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V) ↳ Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 13	→ Nachweis der Voraussetzungen nach § 5 Absatz 2 der weiteren vom Krankenhaus benannten Fachabteilungen: ↳ Nachweis über eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses (z. B. Organigramm, Stellenanzahl) ↳ Ärztliche Dienstpläne der benannten Fachabteilungen für den Prüfzeitraum ↳ Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde) der in diesem Zeitraum eingesetzten Ärztinnen und Ärzte ↳ Nachweise der jederzeitigen Verfügbarkeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) der jeweiligen angestellten Fachärztinnen oder Fachärzte der benannten Fachabteilungen innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder an dem Patienten (z. B. Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung) ↳ Feststellungsbescheid Planungsbehörde, Landeskrankenhausplan oder andere geeignete Belege (Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V) ↳ Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V
§ 14: Verweis auf § 9 Nummer 1	→ Nachweise über die Organisationsstruktur der ZNA → Dienstpläne der ZNA (ärztlicher und pflegerischer Dienst) → Nachweise über die Verfügbarkeit der für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Ärztin oder des für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Arztes und der für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Pflegekraft → Nachweise, dass die benannte, verantwortliche Ärztin oder der benannte, verantwortliche Arzt und die benannte, verantwortliche Pflegekraft fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind (komplementäre Dienstpläne)
§ 14: Verweis auf § 9 Nummer 2	→ Qualifikationsnachweis der für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Ärztin oder des für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Arztes (Facharzturkunde, Nachweis Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“) → Qualifikationsnachweis der für die Notfallversorgung verantwortlichen Pflegekraft (Pflegefachkraft, Zusatzqualifikation „Notfallpflege“)
§ 14: Verweis auf § 9 Nummer 3	→ Ärztliche Dienstpläne Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde) der in diesem Zeitraum eingesetzten Ärztinnen und Ärzte → Nachweise der Verfügbarkeit der Fachärztinnen oder Fachärzte Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder an dem Patienten (z. B. Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung)
§ 14: Verweis auf § 9 Nummer 4	→ Nachweise über regelmäßige fachspezifische Fortbildungen für Notfallmedizin für die verantwortliche Ärztin oder den verantwortlichen Arzt, die verantwortliche Pflegekraft, die Fachärztinnen oder Fachärzte Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie (Teilnahmebescheinigungen)

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 15 Satz 1	→ Sofern Krankenhausstandort noch nicht geprüft wurde: Bezeichnung der Intensivstation, Angabe Anzahl Betten und Nachweis apparative Ausstattung zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten → Ärztliche und pflegerische Dienstpläne der Intensivstation für den Prüfzeitraum
§ 15 Satz 2	→ Nachweis der Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme (z. B. SOP)
§ 16: Verweis auf § 11 Absatz 1	→ Beschreibung von Lage (z. B. Lageplan, Grundriss) und apparativer Ausstattung des Schockraums → Beschreibung von Lage (z. B. Lageplan, Grundriss) und apparativer Ausstattung der 24-stündig verfügbaren computertomographischen Bildgebung → Dienstpläne des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals für computertomographische Bildgebung für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals für computertomographische Bildgebung → Sofern die 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung durch Kooperation sichergestellt wird: Kooperationsvereinbarung → Sofern (anteilig) Teleradiologie: Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen
§ 16: Verweis auf § 11 Absatz 2	→ Nachweis, dass die Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftwege, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransportes möglich ist
§ 16 Absatz 1	→ Beschreibung von Lage (z. B. Lageplan, Grundriss) und medizinisch-technischer Ausstattung zur ↳ kontinuierlichen Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt, ↳ kontinuierlichen Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI), ↳ Magnetresonanztomographie (MRT) und ↳ Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse oder interventionelle Therapie) und ggf. Verlegung in eine externe Stroke Unit. → Nachweis über den Ablauf der Schlaganfallversorgung (z. B. SOP) → Nachweis der jederzeitigen Verfügbarkeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) der o. g. medizinisch-technischen Ausstattung: ↳ Dienstpläne ärztliches und nicht-ärztliches Personal Endoskopie für den Prüfzeitraum ↳ Dienstpläne ärztliches und nicht-ärztliches Personal PCI für den Prüfzeitraum ↳ Dienstpläne ärztliches und nicht-ärztliches Personal MRT für den Prüfzeitraum ↳ Dienstpläne des für die Schlaganfalldiagnostik und -initialtherapie verantwortlichen ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals für den Prüfzeitraum ↳ Qualifikationsnachweise des o.g. Personals

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 16 Absatz 2	→ Behördliche Genehmigung und Angaben zur Lage der Hubschrauberlandestelle (z. B. Lageplan) oder Antrag auf Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle und Ablehnung des Antrags
§ 17: Verweis auf § 12 Satz 1 Nummer 1	→ Nachweis über eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit (z. B. SOP, Dienstanweisung, Grundriss zum Beleg der räumlichen Abgrenzung) → Nachweis über getroffene Regelungen zur Notfallaufnahme (z. B. SOP) in der ZNA
§ 17: Verweis auf § 12 Satz 1 Nummer 2	→ Nachweis eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten ↳ z.B. SOP ↳ Patientenbezogene Nachweise: Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ (§ 301er Daten SGB V) versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 der in der Notfallstufe versorgten Fälle durch den MD. Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum.
§ 17: Verweis auf § 12 Satz 1 Nummer 3	→ Nachweis der Dokumentation der Patientenversorgung ↳ Patientenbezogene Nachweise: Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ (§ 301er Daten SGB V) versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 der in der Notfallstufe versorgten Fälle durch den MD. Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum.
§ 17 Satz 2	→ Nachweis über eine organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten (z. B. SOP, Dienstanweisung, Grundriss zum Beleg der räumlichen Abgrenzung und Lageplan) → Dienstpläne des ärztlichen und pflegerischen Personals der Beobachtungsstation → Nachweis über getroffene Regelungen zur Aufnahme und zum Verbleib von Notfallpatienten (z. B. SOP)

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – Umfassende Notfallversorgung

Leistungsgruppe 11: Interventionelle Kardiologie

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 6 Absatz 2 Satz 1	→ Nachweis über die Zentrale Notaufnahme (ZNA) am Krankenhausstandort → Nachweis über die ganz überwiegende Notfallversorgung in der ZNA (z. B. SOP)
§ 6 Absatz 2 Satz 2	→ Nachweis über eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit (z. B. SOP, Dienstanweisung, bei schriftlichem Verfahren zusätzlich: Grundriss zum Beleg der räumlichen Abgrenzung) → Nachweis über eine eigenständige fachlich unabhängige Leitung (z. B. Arbeitsvertrag, Dienstvereinbarung, Organigramm) und Qualifikationsnachweis (Facharzturkunde)
§ 6 Absatz 2 Satz 3	→ Nachweis über den grundsätzlich barrierefreien Zugang zur ZNA
§ 6 Absatz 3	→ Kooperationsvereinbarung mit zuständiger Kassenärztlicher Vereinigung zur Versorgung von ambulanten Notfällen
§ 8	→ Nachweis der Voraussetzungen nach § 5 Absatz 2 der Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie oder Unfallchirurgie: ↳ Nachweis über eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses (z. B. Organigramm, Stellenanzahl) ↳ Ärztliche Dienstpläne der jeweiligen Fachabteilung für den Prüfzeitraum ↳ Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde) der in diesem Zeitraum eingesetzten Ärztinnen und Ärzte ↳ Nachweise der jederzeitigen Verfügbarkeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) der jeweiligen angestellten Fachärztinnen oder Fachärzte innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder an dem Patienten (z. B. Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung) ↳ Feststellungsbescheid Planungsbehörde, Landeskrankenhausplan oder andere geeignete Belege (Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V) ↳ Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018, zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 18	→ Nachweis der Voraussetzungen nach § 5 Absatz 2 der weiteren vom Krankenhaus benannten Fachabteilungen: ↳ Nachweis über eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses (z. B. Organigramm, Stellenanzahl) ↳ Ärztliche Dienstpläne der benannten Fachabteilungen für den Prüfzeitraum ↳ Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde) der in diesem Zeitraum eingesetzten Ärztinnen und Ärzte ↳ Nachweise der jederzeitigen Verfügbarkeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) der jeweiligen angestellten Fachärztinnen und Fachärzte innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder dem Patienten (z. B. Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung) ↳ Feststellungsbescheid Planungsbehörde, Landeskrankenhausplan oder andere geeignete Belege (Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V) ↳ Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V
§ 19: Verweis auf § 9 Nummer 1	→ Nachweise über die Organisationsstruktur der ZNA → Dienstpläne der ZNA (ärztlicher und pflegerischer Dienst) → Nachweise über die Verfügbarkeit der für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Ärztin oder des für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Arztes und der für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Pflegekraft → Nachweise, dass die benannte, verantwortliche Ärztin oder der benannte, verantwortliche Arzt und die benannte, verantwortliche Pflegekraft fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind (komplementäre Dienstpläne)
§ 19: Verweis auf § 9 Nummer 2	→ Qualifikationsnachweis der für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Ärztin oder des für die Notfallversorgung benannten, verantwortlichen Arztes (Facharzturkunde, Nachweis Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“) → Qualifikationsnachweis der für die Notfallversorgung verantwortlichen Pflegekraft (Pflegefachkraft, Zusatzqualifikation „Notfallpflege“)
§ 19: Verweis auf § 9 Nummer 3	→ Ärztliche Dienstpläne Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde) der in diesem Zeitraum eingesetzten Ärztinnen und Ärzte → Nachweise der Verfügbarkeit der jeweiligen Fachärztinnen oder Fachärzte innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder an dem Patienten (z. B. Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung)
§ 19: Verweis auf § 9 Nummer 4	→ Nachweise über regelmäßige fachspezifische Fortbildungen für Notfallmedizin für die verantwortliche Ärztin oder den verantwortlichen Arzt, die verantwortliche Pflegekraft, die Fachärztinnen oder Fachärzte Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie (Teilnahmebescheinigungen)

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 20 Satz 1	→ Sofern Krankenhausstandort noch nicht geprüft wurde: Bezeichnung der Intensivstation, Angabe Anzahl Betten und Nachweis apparative Ausstattung zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten → Ärztliche und pflegerische Dienstpläne der Intensivstation für den Prüfzeitraum
§ 20 Satz 2	→ Nachweis der Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme (z. B. SOP)
§ 21: Verweis auf § 11 Absatz 1	→ Beschreibung von Lage (z. B. Lageplan, Grundriss) und apparativer Ausstattung des Schockraums → Beschreibung von Lage (z. B. Lageplan, Grundriss) und apparativer Ausstattung der 24-stündig verfügbaren computertomographischen Bildgebung → Dienstpläne des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals für computertomographische Bildgebung für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals für computertomographische Bildgebung → Sofern die 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung durch Kooperation sichergestellt wird: Kooperationsvereinbarung → Sofern (anteilig) Teleradiologie: Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen
§ 21 Absatz 1	→ Beschreibung von Lage (z. B. Lageplan, Grundriss) und medizinisch-technischer Ausstattung zur ↳ kontinuierlichen Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt, ↳ zur kontinuierlichen Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI), ↳ Magnetresonanztomographie (MRT) und ↳ Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse oder interventionelle Therapie) und ggf. Verlegung in eine externe Stroke Unit. → Nachweis über den Ablauf der Schlaganfallversorgung (z. B. SOP) → Nachweis der jederzeitigen Verfügbarkeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) der o. g. medizinisch-technischen Ausstattung: ↳ Dienstpläne ärztliches und nicht-ärztliches Personal Endoskopie für den Prüfzeitraum ↳ Dienstpläne ärztliches und nicht-ärztliches Personal PCI für den Prüfzeitraum ↳ Dienstpläne ärztliches und nicht-ärztliches Personal MRT für den Prüfzeitraum ↳ Dienstpläne des für die Schlaganfalldiagnostik und -initialtherapie verantwortlichen ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals für den Prüfzeitraum ↳ Qualifikationsnachweise des o. g. Personals

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 21 Absatz 2	→ Behördliche Genehmigung und Angaben zur Lage der Hubschrauberlandestelle (z. B. Lageplan) - oder - Antrag auf Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle und Ablehnung des Antrags → Nachweis, dass Patientenverlegungen auf dem Luftwege ohne Zwischentransport möglich sind
§ 22: Verweis auf § 12 Satz 1 Nummer 1	→ Nachweis einer ZNA als räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit (z. B. SOP, Dienstanweisung, Grundriss zum Beleg der räumlichen Abgrenzung) → Nachweis über getroffene Regelungen zur Notfallaufnahme (z. B. SOP) in der ZNA
§ 22: Verweis auf § 12 Satz 1 Nummer 2	→ Nachweis eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten Blutabnahme bis zur Ergebnisdokumentation 45 bis 60 Minuten nicht überschreitet ↳ z.B. SOP ↳ Patientenbezogene Nachweise: Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ (§ 301er Daten SGB V) versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 der in der Notfallstufe versorgten Fälle durch den MD. Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum.
§ 22: Verweis auf § 12 Satz 1 Nummer 3	→ Nachweis der Dokumentation der Patientenversorgung ↳ Patientenbezogene Nachweise: Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ (§ 301er Daten SGB V) versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 der in der Notfallstufe versorgten Fälle durch den MD. Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum.
§ 22: Verweis auf § 17 Satz 2	→ Nachweis über eine organisatorisch der Notaufnahme angeschlossenen Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten (z. B. SOP, Dienstanweisung, Grundriss, Lageplan) → Dienstpläne des ärztlichen und pflegerischen Personals der Beobachtungsstation → Nachweis über getroffene Regelungen zur Aufnahme und zum Verbleib von Notfallpatienten (z. B. SOP)

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – Modul Durchblutungsstörungen am Herzen

Leistungsgruppe 11: Interventionelle Kardiologie

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 28 Nummer 1 1. Spiegelstrich	→ Beschreibung der Lage (z. B. Lageplan) und Ausstattung der CPU → Nachweis, dass die Überwachungskapazitäten fest der CPU zugeordnet sind (z. B. SOP) → Nachweis der klinischen und organisatorischen Leitungsfunktion der CPU → Qualifikationsnachweise der Leitung der CPU (Facharzturkunde Kardiologie)
§ 28 Nummer 1 2. Spiegelstrich	→ Nachweis über die räumliche Ausweisung als CPU (z. B. Grundriss)
§ 28 Nummer 1 3. Spiegelstrich	→ Nachweis über mindestens 4 vorhandene Überwachungsplätze der CPU
§ 28 Nummer 1 4. Spiegelstrich	→ Beschreibung der Lage (z. B. Lageplan) und apparativ-technischen Ausstattung des Herzkatheterlabors → Nachweis der jederzeitigen Verfügbarkeit des Herzkatheterlabors an 365 Tagen/ 24 Stunden (Dienstpläne für den Prüfzeitraum) → Regelung zum Verfahren der Abmeldung des Herzkatheterlabors (z. B. SOP) und Nachweise darüber (z. B. Liste der Abmeldungen)
§ 28 Nummer 2 1. Spiegelstrich	→ Nachweis des Vorhandenseins eines EKG-Gerätes mit Registrierung von 12 Ableitungen
§ 28 Nummer 2 2. Spiegelstrich	→ Nachweis eines Monitors zur Rhythmusüberwachung, einer nichtinvasiven Blutdruckmessung und einer Pulsoxymetrie an jedem Überwachungsplatz
§ 28 Nummer 2 3. Spiegelstrich	→ Nachweis der Verfügbarkeit der transthorakalen Echokardiographie innerhalb von 30 Minuten (z. B. Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung) → Nachweis der Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr über 24 Stunden (Dienstpläne für den Prüfzeitraum) → Qualifikationsnachweise der ausgebildeten Untersuchenden
§ 28 Nummer 2 4. Spiegelstrich	→ Nachweis der Notfalleinheit und deren kompletten Ausstattung (u. a. mit Defibrillator, Inkubationsbesteck, Sauerstoff, Absaugevorrichtung) → Nachweis der Möglichkeit zur Transportüberwachung (u. a. Monitor, Perfusoren, Transportbeatmungsgerät)

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018, zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 28 Nummer 2 5. Spiegelstrich	→ Nachweis der 24-stündigen Anbindung an eine Notfalllaboreinrichtung → Nachweis, dass die Zeit von Blutabnahme bis zur Ergebnisdokumentation 45 bis 60 Minuten nicht überschreitet ↳ z.B. SOP ↳ Patientenbezogene Nachweise: - Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ (§ 301er Daten SGB V) versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 der in dem Modul versorgten Fälle durch den MD. - Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum. → Nachweis der regelmäßigen Kontrolle der Zeit von Blutabnahme bis zur Ergebnisdokumentation → Belege über eine POCT (Point-of-Care-Test-Einheit) für kardiale Marker, falls Blutabnahme bis zur Ergebnisdokumentation nicht innerhalb von 45 bis 60 Minuten möglich ↳ Patientenbezogene Nachweise: - Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ (§ 301er Daten SGB V) versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 der in dem Modul versorgten Fälle durch den MD. - Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum. → Nachweis über die Möglichkeit zur Bestimmung einer Blutgasanalyse innerhalb von 15 Minuten ↳ z.B. SOP
§ 28 Nummer 2 6. Spiegelstrich	→ Nachweis über die Möglichkeit zur Schrittmacherabfrage (an 365 Tagen pro Jahr über 24 Stunden) mit Alarmierungszeit von unter 6 Stunden (z. B. SOP) → Dienstpläne des für die Schrittmacherabfrage zuständigen ärztlichen Personals → Nachweis der Möglichkeit zur perkutanen Schrittmachertherapie
§ 28 Nummer 2 7. Spiegelstrich	→ Nachweis über die jederzeitige Durchführbarkeit des Thorax-CT (Dienstpläne ärztliches und nicht-ärztliches Personal Thorax-CT)

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 28 Nummer 3 1. Spiegelstrich	→ Nachweise über die EKG-Ableitung (12 Ableitungen und posteriore Ableitungen → V7 bis V9) unmittelbar nach Aufnahme und Auswertung durch eine Ärztin oder einen Arzt innerhalb von nicht mehr als 10 Minuten nach Durchführung ↳ z.B. SOP ↳ Patientenbezogene Nachweise: - Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ (§ 301er Daten SGB V) versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 der in dem Modul versorgten Fälle durch den MD. - Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum.
§ 28 Nummer 3 2. Spiegelstrich	→ Nachweise über die Troponinkontrollen initial nach Vorstellung sowie 6 bis 9 Stunden nach der Erstmessung ↳ z.B. SOP ↳ Patientenbezogene Nachweise: - Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ (§ 301er Daten SGB V) versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 der in dem Modul versorgten Fälle durch den MD. - Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum.
§ 28 Nummer 4 1. Spiegelstrich	→ Nachweise über das Vorhandensein der aufgeführten leitliniengerechten Behandlungspfade für folgende Krankheitsbilder: ST Streckenhebungsinfarkt (STEMI), Unterteilung nach angekündigt und unangekündigt, NSTEMI, instabile Angina pectoris, stabile Angina pectoris, hypertensive Entgleisung, akute Lungenembolie, akutes Aortensyndrom, kardiogener Schock, dekompensierte Herzinsuffizienz, Reanimation, ICD-Therapieabgabe, Schrittmacher(SM)-Fehlfunktion, Vorhofflimmern, kardiovaskuläre Prävention, Synkopen
§ 28 Nummer 4 2. Spiegelstrich	→ Beschreibung der Lage (z. B. Lageplan, Grundriss) von CPU und Herzkatheterlabor → Nachweis einer Transferzeit zwischen CPU und Herzkatheterlabor von maximal 15 Minuten bei Höchststrisikopatienten (SOP)

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 28 Nummer 4 3. und 4. Spiegelstrich	→ Beschreibung der Lage des Herzkatheterlabors in der Abteilung (z. B. Lageplan, Grundriss) → Nachweis ständiger personeller Verfügbarkeit 365 Tage über 24 Stunden zur Akutintervention: ↳ Dienstpläne ärztliches und nicht-ärztliches Personal Herzkatheterlabor ↳ Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kardiologie) ↳ Regelung zum Verfahren der Abmeldung von der Notfallversorgung des Herzkatheterlabors nur aus apparativ-technischen Gründen (z. B. SOP) und Nachweise darüber (z. B. Liste der Abmeldungen)
§ 28 Nummer 4 5. Spiegelstrich	→ Beschreibung von Lage (z. B. Lageplan, Grundriss), Bezeichnung der Intensivstation oder Intermediate-Care-Station → Nachweis einer Transferzeit von maximal 15 Minuten (z. B. SOP)
§ 28 Nummer 4 6. Spiegelstrich	→ Dienstpläne des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals, die die ständige Möglichkeit zur Durchführung einer konventionellen Röntgendiagnostik sowie einer Computertomographie belegen → Qualifikationsnachweise MTR sowie Ärztinnen und Ärzte der Radiologie → Sofern (anteilig) Teleradiologie: Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen
§ 28 Nummer 5 1. Spiegelstrich	→ Qualifikationsnachweise Assistent/in mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichend Intensivverfahren, Echokardiographieerfahrung, Erfahrung auf dem Gebiet der kardiovaskulären Prävention (Approbation, Berufserlaubnis, Erfahrungsnachweise)
§ 28 Nummer 5 2. Spiegelstrich	→ Qualifikationsnachweise Oberärztin/Oberarzt (Benennung Oberarzt/Oberärztin, Facharzturkunde Kardiologie)
§ 28 Nummer 5 3. Spiegelstrich	→ Qualifikationsnachweise Pflege (Pflegefachkraft, Spezielle CPU-Schulung)
§ 28 Nummer 5 4. Spiegelstrich	→ Nachweis, dass das ärztliche und nicht-ärztliche Personal über sämtliche leitliniengerechte Behandlungspfade (siehe auch Nummer 4, 1. Spiegelstrich) ausreichend informiert ist (z. B. SOP) → Nachweis über die Teilnahme der Mitarbeitenden an einer Schulung zum Umgang mit Patientinnen und Patienten mit akutem Thoraxschmerz (z. B. Teilnahmebescheinigungen, Teilnahmeliste) → Nachweise über das Vorhandensein der internationalen leitliniengerechten Behandlungspfade in schriftlicher Form → Nachweis über ein regelmäßiges Reanimationstraining (Advanced Life Support) der Mitarbeitenden (z. B. Teilnahmebescheinigungen, Teilnahmeliste)
§ 28 Nummer 6 1. Spiegelstrich	→ Nachweis der ärztlichen Leitungsfunktion CPU → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kardiologie)
§ 28 Nummer 6 2. Spiegelstrich	→ Nachweis der Zuständigkeit der Assistenzärzte der CPU (365 Tage/ 24 Stunden) (Dienstpläne für den Prüfzeitraum)

* Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4 in Kraft getreten am 19. Mai 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 28.08.2025 B3) in Kraft getreten am 29. August 2025

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 28 Nummer 6 3. Spiegelstrich	→ Dienstpläne Oberärzte/Fachärzte (Kardiologie): 365 Tage/ 24 Stunden in Rufbereitschaft für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kardiologie) → Nachweis der Alarmierung < 30 Minuten (z. B. Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung)
§ 28 Nummer 6 4. Spiegelstrich	→ Dienstpläne Pflegepersonal (Präsenzdienst) an 365 Tagen/ 24 Stunden mit 4:1-Besetzung für den Prüfzeitraum

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma, QBAA-RL) in der Fassung vom 13. März 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz. S. 1706) vom 14. Mai 2008 in Kraft getreten am 1. Juli 2008 zuletzt geändert am 4. Dezember 2024 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.01.2024 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2025

Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL)

Leistungsgruppe 18: Bauchaortenaneurysma

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 4 Absatz 1 Satz 1	→ Nachweis der Leitungsfunktion der fachlich leitenden Ärztin oder des fachlich leitenden Arztes (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Gefäßchirurgie/Nachweis Schwerpunkt Gefäßchirurgie) der fachlich leitenden Ärztin oder des fachlich leitenden Arztes und mindestens einer weiteren klinisch tätigen Ärztin oder eines weiteren klinisch tätigen Arztes
§ 4 Absatz 1 Satz 2	→ Nachweis der Expertise einer Ärztin/eines Arztes mit Facharzturkunde Gefäßchirurgie oder Nachweis für den Schwerpunkt Gefäßchirurgie in offen-chirurgischen und endovaskulären Verfahren (Operationsberichte, Interventionsberichte oder personenbezogene Zertifizierung) → Wenn die Leistung in Zusammenarbeit mit einer Fachärztin oder einem Facharzt für Radiologie erbracht wird: Nachweis der Expertise einer Fachärztin/eines Facharztes für Radiologie in endovaskulären Verfahren
§ 4 Absatz 1 Satz 3	→ Nachweise, dass die Ärztinnen und Ärzte entsprechend dem technischen und medizinischen Fortschritt mit allen gängigen Verfahren ihres jeweiligen Fachgebietes zur Behandlung und Operation von Bauchaortenaneurysmen vertraut sind und diese eigenständig durchführen können (Operationsberichte, Interventionsberichte oder personenbezogene Zertifizierung, Nachweise über Fortbildungen)
§ 4 Absatz 2 Satz 1	→ Geeignete Belege über die postprozedurale Versorgung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit Erfahrungen in der Gefäßchirurgie (Dienstpläne für den Prüfzeitraum, Qualifikations- und Erfahrungsnachweise, SOP)
§ 4 Absatz 2 Satz 2 und 3	→ Dienstpläne des eigenständigen fachärztlichen gefäßchirurgischen Bereitschaftsdienstes oder fachärztlichen gefäßchirurgischen Ruf-bereitschaftsdienstes für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Gefäßchirurgie, Nachweis Schwerpunkt/ Teilgebiet Gefäßchirurgie) der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte → Nachweis der Verfügbarkeit des fachärztlichen gefäßchirurgischen Rufbereitschaftsdienstes binnen 30 Minuten an der Patientin oder dem Patienten
§ 4 Absatz 3 Satz 1	→ Dienstplan Pflegekräfte der Intensivstation für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise der Pflegekräfte (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma, QBAA-RL) in der Fassung vom 13. März 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz. S. 1706) am 14. Mai 2008 in Kraft getreten am 1. Juli 2008 zuletzt geändert am 3. Dezember 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 19.01.2026 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 4 Absatz 3 Satz 2 und 3	→ Dienstplan Pflegekräfte der Intensivstation für den Prüfzeitraum → Eine nach Monaten getrennte Auflistung der in den Dienstplänen aufgeführten Pflegekräfte mit Angabe des Namens, der Qualifikation und des Stellenanteils → Nachweise für den jeweils angegebenen Stellenanteil (Arbeitsverträge) → Qualifikationsnachweise (Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie) → Belege über die Gleichwertigkeit bei landesrechtlichen Regelungen zur Fachweiterbildung
§ 4 Absatz 3 Satz 4	→ Dienstplan Pflegekräfte der Intensivstation für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise (Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie) der in diesem Zeitraum eingesetzten Pflegekräfte
§ 4 Absatz 3 Satz 5	→ Nachweis der Leitungsfunktion der Stationsleitung der Intensivstation (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweis Intensivpflege und Anästhesie und Nachweis Leitungslehrgang der Stationsleitung der Intensivstation
§ 4 Absatz 4	→ Qualifikationsnachweise (Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie) der bei der Narkose eingesetzten Ärztinnen und Ärzte → Nachweis, dass die bei der Narkose eingesetzten Ärztinnen und Ärzte mit dem speziellen intraoperativen Management bei diesen Eingriffen vertraut sind ↳ Patientenbezogene Nachweise: - Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung gemäß dieser Richtlinie versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 Fällen durch den MD. - Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum.
§ 5 Absatz 1 Satz 1 und 2	→ SOP oder äquivalente Regelung zur präoperativen Diagnostik durch ein interdisziplinäres Team unter besonderer Berücksichtigung der Gefäßchirurgie, Radiologie, Inneren Medizin (insbesondere Kardiologie), Anästhesiologie und Labormedizin → Nachweis des Facharztstandards in den genannten Gebieten (entsprechende Qualifikationsnachweise)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma, QBAA-RL) in der Fassung vom 13. März 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BA nz. S. 1706) am 14. Mai 2008 in Kraft getreten am 1. Juli 2008 zuletzt geändert am 3. Dezember 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BA nz AT 19.01.2026 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 5 Absatz 2 Satz 1	→ Nachweis eines Operationssaales mit anästhesiologischem Equipment und der Möglichkeit des invasiven Kreislaufmonitorings sowie Möglichkeiten der prä- und intraoperativen bildgebenden Diagnostik (Lageplan/Grundriss zum Beleg der räumlichen Nähe von OP und Intensivstation) → Dienstpläne OP-Pflegepersonal und Anästhesie (Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonal) für den Prüfzeitraum → Bei erstmaliger Prüfung des Krankenhausstandortes: Beschreibung der Ausstattung der Intensivstation mit der Möglichkeit der Behandlung von (Multi-)Organversagen → Dienstpläne Labor für den Prüfzeitraum, ggf. Kooperationsvereinbarung Labor → Regelungen zur Sicherstellung der Transfusionsmedizin (Nachweis Transfusionsverantwortlicher und Transfusionsbeauftragter), ggf. Kooperationsvereinbarung → Qualifikationsnachweise
§ 5 Absatz 2 Satz 2	→ Nachweis über das Vorhandensein geeigneter bildgebender Verfahren mit der Möglichkeit zu Untersuchungen unter Narkose/Sedierung auch im Operationssaal
§ 5 Absatz 2 Satz 3	→ Regelungen zu bildgebenden Verfahren einschließlich der Angaben zum verantwortlichen Personal → Dienstplan MTR für den Prüfzeitraum → Nachweis der Verfügbarkeit des Personals innerhalb von 30 Minuten am Gerät → Qualifikationsnachweise
§ 5 Absatz 2 Satz 4	→ Nachweis der Einsatzbereitschaft der invasiven Kardiologie binnen 24 Stunden (Dienstplan Herzkatheterlabor für den Prüfzeitraum, ggf. Kooperationsvereinbarung) → Nachweis der Einsatzbereitschaft der Nierenersatztherapie binnen 24 Stunden (Regelung zur Verfügbarkeit Nierenersatztherapie (Hämo- und Peritonealdialyse), ggf. Kooperationsvereinbarung) → Qualifikationsnachweise der invasiven Kardiologie und der Nierenersatztherapie
§ 5 Absatz 3 Satz 3	→ Kooperationsvereinbarungen und schriftliche Benennung der Ansprechpersonen für alle kooperierenden Einrichtungen
§ 5 Absatz 4 Satz 1	→ Weiterbildungsbefugnis zur Fachärztin oder zum Facharzt für Gefäßchirurgie bzw. im Schwerpunkt Gefäßchirurgie einschließlich endovaskulärer Verfahren

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma, QBAA-RL) in der Fassung vom 13. März 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BA nz, S. 1706) am 14. Mai 2008 in Kraft getreten am 1. Juli 2008 zuletzt geändert am 3. Dezember 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BA nz AT 19.01.2026 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHe-RL)

Leistungsgruppe 22: Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 4 Absatz 1	→ Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin, Nachweis Schwerpunkt Kinder-Kardiologie, Facharzturkunde Herzchirurgie, Nachweis der Qualifikation gemäß Anlage 2 der Richtlinie) → Arbeitsverträge
§ 4 Absatz 2	→ Nachweis der Leitungsfunktion der fachlich leitenden Ärztinnen oder der fachlich leitenden Ärzte (Arbeitsverträge) → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin, Nachweis Schwerpunkt Kinder-Kardiologie, Facharzturkunde Herzchirurgie, Nachweis der Qualifikation gemäß Anlage 2 der Richtlinie)
§ 4 Absatz 3	→ Ärztliche Dienstpläne für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin, Nachweis Schwerpunkt Kinder-Kardiologie oder Nachweise über derzeit laufende Schwerpunktweiterbildung Kinder-Kardiologie z. B. Logbuch, Weiterbildungsvertrag) der die kontinuierliche stationäre Versorgung sicherstellenden Ärztinnen und Ärzte
§ 4 Absatz 4	→ Kinderkardiologische Bereitschaftsdienst- oder Rufbereitschaftsdienstpläne für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin, Nachweis Schwerpunkt Kinderkardiologie) der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL) in der Fassung vom 18. Februar 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nummer 89a vom 18. Juni 2010 zuletzt geändert am 18. Dezember 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.01.2026 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 4 Absatz 5 und Absatz 8	→ Dienstplan Pflegekräfte der fachgebundenen kinderkardiologischen Intensiveinheit für den Prüfzeitraum → Auszug aus dem Personalmanagementsystem (eine nach Monaten getrennte Auflistung der in den Dienstplänen aufgeführten Pflegekräfte mit Angabe des Namens, der Qualifikation und des Stellenanteils) → Nachweise für den jeweils angegebenen Stellenanteil (Arbeitsverträge) → Qualifikationsnachweise aller Pflegekräfte der fachgebundenen kinderkardiologischen Intensiveinheit: ↳ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ↳ Pflegefachfrau oder Pflegefachmann mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ ↳ Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpfleger ↳ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach dem Pflegeberufgesetz mit Nachweis über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung ↳ Pflegefachfrau oder Pflegefachmann mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ mit Nachweis über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung ↳ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz bzw. mit Abschluss der Ausbildung bis zum 31.12.2024 ↳ Pflegefachfrauen oder Pflegefachmänner mit anderem Vertiefungseinsatz und Nachweis einer abgeschlossenen Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder „Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung → Nachweise über den Erwerb einer in der Richtlinie benannten Weiterbildung → Nachweise über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf kardiologischen oder kardiochirurgischen Intensivstationen in der direkten Patientenversorgung → Nachweise über eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss auf einer fachgebundenen kinderkardiologischen Intensiveinheit
§ 4 Absatz 5 Satz 10	→ Angabe des Anteils der Personen im Pflegedienst nach § 4 Absatz 5 Satz 10 (Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 2, mit einer Weiterbildung nach Satz 5, die einen anderen Vertiefungseinsatz als die „pädiatrische Versorgung“ absolviert haben sowie Anteil der Pflegekräfte nach Satz 8)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL) in der Fassung vom 18. Februar 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nummer 89a vom 18. Juni 2010 zuletzt geändert am 18. Dezember 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.01.2026 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 4 Absatz 6	→ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Nachweis über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer fachgebundenen kinder-kardiologischen Intensiveinheit in der direkten Patientenversorgung bis 01.01.2019 und Nachweis über eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit auf einer fachgebundenen kinder-kardiologischen Intensiveinheit in der direkten Patientenversorgung im Zeitraum 01.01.2011 bis 01.01.2019 → Bestätigung der Pflegedienstleitung
§ 4 Absatz 7	→ Nachweis einer Weiterbildung im Bereich „Leitung einer Station/eines Bereiches“ gemäß der Empfehlung der DKG vom 28. November 2017 in der Fassung vom 17. September 2018 oder entsprechende Hochschulqualifikation oder entsprechende Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung → Nachweis der Leitungsfunktion der Stationsleiterin oder des Stationsleiters der Intensivstation (Arbeitsvertrag) → Ab 01.01.2029: Qualifikationsnachweis der Stationsleiterin oder des Stationsleiters der Intensivstation gemäß § 4 Absatz 5 Satz 5 Buchstabe a), b) oder c)
§ 4 Absatz 9 Satz 1 und 4	→ Belegungsnachweise der fachgebundenen kinder-kardiologischen Intensiveinheit im Prüfzeitraum
§ 4 Absatz 9 Satz 2 und 3	→ Nachweis der Verwendung begründeter Kriterien zur Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs (z. B. SOP)
§ 4 Absatz 10	→ Qualifikationsnachweise der Mitglieder eines interdisziplinären, multiprofessionellen Teams (Fachärztin und Facharzt für Herzchirurgie, Fachärztin und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Kinder-Kardiologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in der Schwerpunktweiterbildung Kinder-Kardiologie, Mitglieder des Pflegedienstes gemäß Absatz 5, Fachärztin oder Facharzt für Anästhesie, Kardiotechnikerin oder Kardiotechniker, psychosoziale Mitarbeiterin oder psychosozialer Mitarbeiter, Physiotherapeutin oder Physiotherapeut) → Nachweise über mehrjährige Erfahrung (z. B. Arbeitszeugnisse) in der Versorgung von herzkranken Kindern und Jugendlichen → Nachweise über eine spezielle Expertise im Sinne mehrjähriger Erfahrung in der Versorgung von herzkranken Kindern und Jugendlichen sowie regelmäßiger Fortbildungen aller Teammitglieder in Zusammenhang mit der Arbeit mit kinderherzchirurgischen Patientinnen und Patienten

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL) in der Fassung vom 18. Februar 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nummer 89a vom 18. Juni 2010 zuletzt geändert am 18. Dezember 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.01.2026 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 5 Nummer 1 1. Spiegelstrich	→ Beschreibung und Nachweis des dem technischen Fortschritt entsprechenden Operationssaals mit für Kinder und Jugendliche geeigneter Herz-Lungen-Maschine, extrakorporaler Membranoxygenation, intraoperativer Echokardiographie, Röntgen- und Durchleuchtungsgeräten → Nachweis des für die jederzeitige Verfügbarkeit benötigten Personals (ärztlicher Dienst Kinderherzchirurgie und Anästhesie, Pflegedienst Anästhesie und OP, Kardiotechnik) → Dienstpläne und Qualifikationsnachweise
§ 5 Nummer 1 2. Spiegelstrich	→ Grundriss zum Beleg der fachgebundene kinder-kardiologische Intensiveinheit → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie bzw. in Weiterbildung, Pflegequalifikationen gemäß § 4 Absatz 5) → Ärztliche Dienstpläne der fachgebundenen kinder-kardiologischen Intensiveinheit
§ 5 Nummer 1 2. Spiegelstrich	→ Lageplan/Grundriss zum Beleg der räumlichen Nähe von Operationssaal und Intensiveinheit mit möglichst kurzen Transportwegen und -zeiten in einem geschlossenen Gebäudekomplex
§ 5 Nummer 1 3. Spiegelstrich	→ Benennung und Beschreibung der fachgebundenen kinder-kardiologischen Pflegestation → Nachweis des für die jederzeitige Verfügbarkeit benötigten Personals der fachgebundenen kinder-kardiologischen Pflegestation → Dienstpläne Pflegedienst
§ 5 Nummer 1 4. Spiegelstrich	→ Nachweis über das Vorhandensein eines kinder-kardiologisch ausgerüsteten Katheterlabors, Beschreibung der Ausstattung → Lageplan/Grundriss zum Beleg der räumlichen Nähe des kinder-kardiologisch ausgerüsteten Katheterlabors zur Intensiveinheit und Pflegestation mit möglichst kurzen Transportwegen und -zeiten in einem geschlossenen Gebäudekomplex → Dienstpläne des nicht-ärztlichen Personals für das Katheterlabor (jederzeitige Verfügbarkeit)
§ 5 Nummer 1 5. Spiegelstrich	→ Beschreibung der weiteren bildgebenden Diagnostik → Lageplan/Grundriss zum Beleg der räumlichen Nähe zur Intensiveinheit und Pflegestation mit möglichst kurzen Transportwegen und -zeiten → Nachweis des für die jederzeitige Verfügbarkeit benötigten Personals für die weitere bildgebende Diagnostik: ↳ Dienstpläne und Qualifikationsnachweise (ärztlicher Dienst und MTR)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL) in der Fassung vom 18. Februar 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nummer 89a vom 18. Juni 2010 zuletzt geändert am 18. Dezember 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BANz AT 27.01.2026 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 5 Nummer 2	→ Nachweis der Regelungen zur Verfügbarkeit täglicher Konsiliardienste und ggf. Mitbehandlung nachfolgender Fachgebiete: Andere Subdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Nephrologie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ↳ SOP ↳ Dienstpläne und Qualifikationsnachweise
§ 5 Nummer 3	→ Nachweis der werktäglichen Verfügbarkeit der genannten Leistungen (z.B. SOP) ↳ diagnostische und therapeutische Elektrophysiologie ↳ pränatale Diagnostik ↳ pathologische Begutachtung ↳ Kardio-MRT → Dienstpläne und Qualifikationsnachweise
§ 6 Absatz 1 und 2	→ Nachweis über Termine der Teamsitzungen nach § 4 Absatz 10 sowie des Qualitätszirkels und ihrer Teilnehmenden (z.B. Anwesenheitslisten)
§ 6 Absatz 3	→ Nachweis über schriftliche Informationen vom Team zur Behandlung, zum Behandlungsprozess, zu Behandlungsalternativen sowie zur Nachsorge
§ 6 Absatz 4	→ Nachweis (z.B. SOP) über die grundsätzliche Prüfung, ob ein komplexer Versorgungsbedarf vorliegt → Nachweis (z.B. SOP) über Kontaktherstellung zu ambulanter kinderkardiologischer Weiterbehandlung → Nachweis (z.B. SOP) über die Empfehlung einer Überleitung in eine angemessene strukturierte Diagnostik und Therapie (z.B. entwicklungsneurologisch)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL) in der Fassung vom 18. Februar 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nummer 89a vom 18. Juni 2010 zuletzt geändert am 18. Dezember 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.01.2026 B3) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL)

Leistungsgruppe 48: Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation

Leistungsgruppe 49: Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 4 Absatz 1	→ Nachweis der Leitungsfunktion der fachlich leitenden Ärztin/des fachlich leitenden Arztes (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin, Nachweis Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und -Onkologie“) für mindestens drei Vollzeitäquivalente (einschließlich der fachlichen Leitung) → Nachweise für den jeweils angegebenen Stellenanteil/Vollzeitäquivalente (Arbeitsverträge)
§ 4 Absatz 2 und 3	→ Nachweis der Regelung zum täglichen Visitedienst (Dienstpläne für den Prüfzeitraum und ggf. SOP) → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin, Nachweis Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und -Onkologie“, Nachweis über derzeit laufende Weiterbildung) für den Visitedienst → Nachweis der Einrichtung eines eigenständigen und bei Bedarf spätestens innerhalb einer Stunde in der Krankenversorgung verfügbaren, ärztlichen Rufdienstes (Dienstpläne für den Prüfzeitraum, Nachweis über die Verfügbarkeit innerhalb einer Stunde vor Ort) → Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin, Nachweis Schwerpunkt „Kinder-Hämatologie und -Onkologie“, Nachweis über derzeit laufende Weiterbildung) für den ärztlichen Rufdienst
§ 4 Absatz 4 bis 6	→ Dienstplan Pflegekräfte des Zentrums für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise des Pflegedienstes des Zentrums (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, Pflegefachfrauen, Pflegefachmänner, Weiterbildung „Onkologie“, pädiatrische Intensivpflege oder pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege nach DKG-Empfehlung oder nach landesrechtlicher Regelung mit Gleichwertigkeitsbescheinigung der DKG) → ggf. Nachweise über 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung → Qualifikations- und Erfahrungsnachweise beim Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegenden → bei Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegenden: Auflistung Stellenanteile des gesamten Pflegedienstes des Zentrums
§ 4 Absatz 7	→ Qualifikationsnachweise der Mitglieder des multiprofessionellen Teams → Nachweis über die Ergebnisdokumentation der engen und strukturierten Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 16. Mai 2006 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nummer 129 (S. 4997) vom 13. Juli 2006 in Kraft getreten am 1. Januar 2007 zuletzt geändert am 5. November 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 18.12.2025 B6) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 4 Absatz 8	→ Qualifikationsnachweise des Psychosozialdienstes
§ 5 Absatz 1	→ Nachweis über die Vorstellung in einer abteilungsinternen Besprechung im multiprofessionellen Team mit strategischer Festlegung der Behandlung ↳ Patientenbezogene Nachweise: - Auszüge aus den zugehörigen Patientendokumentationen anhand derer sich die Einhaltung der o.g. Anforderung nachweisen lässt. Bei der Begehung Vorlage einer Fallliste der im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung gemäß dieser Richtlinie versorgten und zum Zeitpunkt der Prüfung bereits entlassenen Patientinnen und Patienten. Daraus Ziehung einer Stichprobe von 20 Fällen durch den MD. - Sofern die Erfüllung nicht nachgewiesen wird, Nachziehung einer weiteren Stichprobe von 7 Fällen aus einem vom MD mitgeteilten einmonatigen Zeitraum. → Sofern erforderlich Nachweis der Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz und Dokumentation der Ergebnisse ↳ Patientenbezogene Nachweise: siehe hierzu § 5 Absatz 1 vorheriger Spiegelstrich
§ 5 Absatz 2	→ Nachweis über die regelmäßige Information zur Behandlung ↳ Patientenbezogene Nachweise: siehe hierzu § 5 Absatz 1 → Nachweis über den Nachsorgeplan ↳ Patientenbezogene Nachweise: siehe hierzu § 5 Absatz 1
§ 5 Absatz 3	→ Nachweis der Verfügbarkeit einer Einrichtung zur Intensivbehandlung für pädiatrische Patientinnen und Patienten und der bildgebenden Diagnostik auf dem klinikeigenen Gelände (bei schriftlichem Verfahren: Lageplan) → Nachweis über Möglichkeit zur maschinellen Beatmung, zu akuten Nierenersatzverfahren, zu Blutaustausch oder Leukapherese → Beschreibung der vorgehaltenen bildgebenden Diagnostik mit Möglichkeit zur Untersuchung unter Narkose/Sedierung → Nachweis über jederzeitige Dienstbereitschaft (Dienstpläne und Qualifikationsnachweise für den Prüfzeitraum) für Intensivstation, bildgebende Diagnostik, Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor, Transfusionsmedizin → Nachweis über jederzeitige Dienstbereitschaft (Dienstpläne und Qualifikationsnachweise für den Prüfzeitraum und ggf. Kooperationsvereinbarungen) für Kinderchirurgie, Chirurgie, Neurochirurgie → Nachweis über tägliche Dienstbereitschaft (Dienstpläne für den Prüfzeitraum, Qualifikationsnachweise und ggf. Kooperationsvereinbarungen, ggf. SOP) für Apotheke mit Zytostatika-Zubereitung, Mikrobiologie, Kardiologie, Nephrologie mit Dialyse, Internistische Hämatologie und Onkologie → Nachweis über Dienstbereitschaft an Wochentagen (Dienstpläne für den Prüfzeitraum, Qualifikationsnachweise und ggf. Kooperationsvereinbarungen, ggf. SOP) für Hämatologisches Labor, Pathologie, Krankenhaushygiene, Radiotherapie, Orthopädie, Nuklearmedizin → Beschreibung der vorgehaltenen radioonkologischen Verfahren

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 16. Mai 2006 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nummer 129 (S. 4997) vom 13. Juli 2006 in Kraft getreten am 1. Januar 2007 zuletzt geändert am 5. November 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 18.12.2025 B6) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
§ 5 Absatz 4	→ Benennung der nicht im Zentrum, sondern in Kooperation vorgehaltenen erforderlichen Einrichtungen → Kooperationsvereinbarungen mit Benennung einer Ansprechperson für jede kooperierende Einrichtung
§ 5 Absatz 5	→ Nachweise über Teilnahme an Referenzdiagnostik in Studienprotokollen ↳ Patientenbezogene Nachweise: siehe hierzu § 5 Absatz 1 → Nachweis über den Versand von Untersuchungsmaterial entsprechend den Vorgaben in den Studienprotokollen
§ 5 Absatz 6	→ Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt für Kinder-Hämatologie und -Onkologie → Nachweis über die Ermöglichung regelmäßiger Treffen der Studiengruppen der entsprechenden Therapieoptimierungsstudien → Nachweis der Freistellung von Ärztinnen und Ärzten für Treffen von Studiengruppen, Teilnahmenachweise → Nachweis über Empfehlung zur Teilnahme an Therapieoptimierungsstudien ↳ z.B. SOP ↳ Patientenbezogene Nachweise: siehe hierzu § 5 Absatz 1
§ 6 Absatz 1	→ Nachweis über regelmäßige Dokumentation und Berichterstattung der Diagnostik und Therapie an die Studienleitungen im Rahmen der Therapieoptimierungsstudien
§ 6 Absatz 2	→ Nachweis über die Dokumentation der Information zur Möglichkeit der Teilnahme am Deutschen Kinderkrebsregister in der Patientenakte ↳ Patientenbezogene Nachweise: siehe hierzu § 5 Absatz 1
§ 6 Absatz 3	→ Nachweis der Vorhaltung von qualifiziertem Dokumentationspersonal

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL) in der Fassung vom 16. Mai 2006 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nummer 129 (S. 4997) vom 13. Juli 2006 in Kraft getreten am 1. Januar 2007 zuletzt geändert am 5. November 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.12.2025 B6) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) – Perinatalzentren Level 1 (Versorgungsstufe I)

Leistungsgruppe 44: Perinatalzentrum Level 1

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, I	
I.1.1 Absatz 1 und 2	→ Nachweis der Leitungsfunktion der fachlich leitenden Ärztinnen/Ärzte (z. B. Arbeitsvertrag) → Nachweis der Hauptamtlichkeit der fachlich leitenden Ärztinnen/Ärzte → Nachweis der Stellvertretungsfunktion der Ärztin/des Arztes (z. B. Arbeitsvertrag) und Zeitpunkt der Benennung → Qualifikationsnachweise der Leitung sowie der Stellvertretung (Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt: Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt oder fakultativer Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, für die Stellvertretung ggf. Nachweis einschlägiger Erfahrungen)
I.1.1 Absatz 3 Satz 1 und 2 Absatz 4 bis 6	→ Ärztliche Dienstpläne Geburtshilfe für den Prüfzeitraum: ↳ Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (24-Stunden-Präsenz oder Bereitschaftsdienst; präpartaler Bereich, Entbindungsbereich und Sectio-OP) ↳ Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Rufbereitschaft) ↳ Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt oder Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin in Präsenz oder Rufbereitschaft ↳ Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Expertise in Ultraschall und Dopplersonographie, der/die die Betreuung von Schwangeren mit Wachstumsrestriktion des Fetus sicherstellt (24-Stunden-Präsenz/Bereitschaftsdienst/ Rufbereitschaft) ↳ Regelung zur Betreuung von Schwangeren mit Wachstumsrestriktion des Fetus (z. B. SOP) → Qualifikationsnachweise: ↳ Facharzturkunden und Nachweise Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt: Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt oder Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin sowie Nachweise der Expertise in Ultraschall und Dopplersonographie (z. B. DEGUM II)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, I	
I.1.1 Absatz 3 Satz 3	→ Ärztliche Dienstpläne Gynäkologie/Geburtshilfe (24-Stunden-Präsenz oder Bereitschaftsdienst) für den Prüfzeitraum → Qualifikationsnachweise der weiteren anwesenden Ärztin/des weiteren anwesenden Arztes am Standort
I.1.1 Absatz 7	→ Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt oder die Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“
I.1.2 Absatz 1 und 2	→ Nachweis der Leitungsfunktion der leitenden Hebamme (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweise (Hebamme, Leitungslehrgang) → Nachweis der Hauptamtlichkeit für die Leitung des Entbindungsbereiches → Nachweis der Regelungen zur sachgerechten Ausübung der Leitungsfunktion (Organisationsstatut) → Nachweis über die Freistellung der leitenden Hebamme für die Leitungstätigkeit
I.1.2 Absatz 3 bis 6	→ Dienstpläne hebammenhilfliche Versorgung für den Prüfzeitraum ↳ Hebamme Kreissaal (24-Stunden-Präsenz als Schicht- oder Bereitschaftsdienst, keine Rufbereitschaft) ↳ Hebamme in Rufbereitschaft, ggf. Nachweis vertragliche Regelung als Beleghebamme ↳ Nachweis der ständigen Erreichbarkeit Hebamme auf der präpartalen Station (z. B. SOP) ↳ Regelung für die kontinuierliche Betreuung einer Schwangeren sub partu (z. B. SOP) → Qualifikationsnachweise der eingesetzten Hebammen
I.2.1 Absatz 1	→ Nachweis der Leitungsfunktion der fachlich leitenden Ärztinnen/Ärzte (Leitung und Stellvertretung: z. B. Arbeitsverträge) → Qualifikationsnachweise für Leitung und Stellvertretung (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde, Nachweis Schwerpunkt Neonatologie)
I.2.1 Absatz 2 bis 5	→ Ärztliche Dienstpläne Neonatologie für den Prüfzeitraum: ↳ Behandlungsleitung Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde, Schwerpunkt Neonatologie (mindestens Rufbereitschaft) ↳ neonatologischer Intensivbereich (Intensivstation und Kreißsaal; Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz) sowie komplementäre ärztliche Dienstpläne (andere Stationen und Einheiten) ↳ Rufbereitschaft ↳ Fachärztinnen/Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde, Schwerpunkt Neonatologie (24-Stunden-Präsenz als Schicht- oder Bereitschaftsdienst oder ggf. Rufbereitschaft) → Qualifikationsnachweise: ↳ Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt: Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit Schwerpunkt Neonatologie ↳ Qualifikationsnachweise der anwesenden Ärztinnen/Ärzte ↳ Qualifikationsnachweise der Ärztinnen/Ärzte in Rufbereitschaft

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, I	
I.2.1 Absatz 6	→ Weiterbildungsbefugnis für Schwerpunkt Neonatologie
I.2.2 Absatz 1 Satz 1 bis 9 Absatz 4 bis 7	→ Dienstpläne Pflegerische Versorgung der neonatologischen Intensivstation für den Prüfzeitraum → Eine nach Monaten getrennte Auflistung der in den Dienstplänen aufgeführten Pflegekräfte mit Angabe des Namens, der Qualifikation, des Stellenanteils sowie Nachweise des aktuellen Stellenanteils (z. B. Arbeitsverträge) → Qualifikationsnachweise Pflegerische Versorgung der neonatologischen Intensivstation für den Prüfzeitraum: a) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger nach dem Pflegeberufegesetz) sowie Nachweise über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung b) Qualifikationsnachweise (Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“) sowie Nachweise über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung c) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger nach dem Krankenpflegegesetz) und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung oder Nachweise über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung bis 01.01.2017 und Nachweise über eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung im Zeitraum 01.01.2010 bis 01.01.2017 d) Qualifikationsnachweise (Pflegefachfrau/Pflegefachmann ohne Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“) und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, I	
	e) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger) und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung oder Nachweise über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung bis 19.09.2019 und über eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung im Zeitraum 01.01.2012 bis 19.09.2019 f) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger) und Nachweise über eine laufende Weiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“) g) Qualifikationsnachweise (Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“, Nachweise über eine laufende Weiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“) → Angabe des jeweiligen Anteils der vorgenannten Pflegekräfte und Angabe Summe der Pflegekräfte, die in die Ermittlung der Quote des fachweitergebildeten Pflegedienstes zur Erfüllung gemäß Anlage 1 der QFR-RL I.2.2 Absatz 1 Satz 10 und Absatz 2 Satz 1 eingehen
I.2.2 Absatz 5 bis 7	→ Schichtbezogene Dokumentation von Fallzahl und Personaleinsatz auf der NICU (Anlage 4 der QFR-RL) für den Prüfzeitraum ↳ Patientenbezogene Nachweise: Bereitstellung der relevanten Patientendokumentationen aller im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung auf der neonatologischen Intensivstation behandelten Kinder
I.2.2 Absatz 10	→ Nachweis der Leitungsfunktion der pflegerischen Stationsleitung der Intensivstation (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweise der Stationsleitung → Nachweis Leitungslehrgang oder vergleichbare Hochschulqualifikation oder gleichwertige landesrechtliche Regelung
I.3.1 Satz 1 bis 3	→ Bei schriftlichem Verfahren: Beleg der Lage von Entbindungsbereich, Operationsbereich und neonatologischer Intensivstation, z. B. Lageplan, Grundriss → Ggf. Kooperationsvereinbarung

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, I	
<u>I.3.2</u> Absatz 1 bis 4	→ Bei schriftlichem Verfahren zum Nachweis der technischen Ausstattung der neonatologischen Intensivstation: a) sechs neonatologische Intensivtherapieplätze b) Intensivpflege-Inkubator an jedem Intensivtherapieplatz c) Monitoring mit EKG, Blutdruck und Pulsoximetrie an jedem Intensivtherapieplatz d) an vier Intensivtherapieplätzen mindestens jeweils ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene und die Möglichkeit zur transkutanen pO²- und pCO²-Messung e) Röntgengerät auf der Intensivstation oder unmittelbar benachbart f) Ultraschallgerät mit Echokardiographie auf der Intensivstation oder unmittelbar benachbart g) Standard-EEG bzw. Amplituden-integriertes EEG auf der Intensivstation oder unmittelbar benachbart h) Blutgasanalysegerät auf der Intensivstation oder unmittelbar benachbart sowie Nachweis des Standorts des Blutgasanalysegeräts
<u>I.3.3</u>	→ Nachweis der personellen und technischen Möglichkeiten (mobile Intensiveinheit) der neonatologischen Notfallversorgung außerhalb des eigenen Perinatalzentrums
<u>I.3.4 und I.4.1</u>	→ Nachweis der personellen und technischen Voraussetzungen für die kinderchirurgische Versorgung: ↳ Dienstpläne für die kinderchirurgische Versorgung für den Prüfzeitraum: ↳ Fachärztinnen/Fachärzte für Kinderchirurgie mit ausgewiesener Expertise in Neugeborenenchirurgie (Rufbereitschaft) ↳ Nachweis, dass die Rufbereitschaft innerhalb von einer Stunde tätig werden kann (z. B. Dienstanweisung) ↳ Ggf. Kooperationsvereinbarung ↳ Ärztinnen/Ärzte Anästhesie ↳ nicht-ärztlichen Assistenzpersonal im Anästhesiedienst ↳ nicht-ärztliches Assistenzpersonal im Operationsdienst → Qualifikationsnachweise: ↳ Facharzturkunde Kinderchirurgie sowie Nachweis ausgewiesener Expertise in Neugeborenenchirurgie der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte ↳ ärztliches Personal Anästhesie ↳ nicht-ärztliches Assistenzpersonal im Operationsdienst ↳ nicht-ärztliches Assistenzpersonal im Anästhesiedienst

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, I	
I.4.1	→ Ärztliche Dienstleistungen (außer Kinderchirurgie siehe oben) → Ärztliche Dienstpläne für den Prüfzeitraum: ↳ Kinderkardiologie (Rufbereitschaft; ggf. Kooperationsvereinbarung) ↳ Mikrobiologie für den Regeldienst und für die Rufbereitschaft an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen; ggf. Kooperationsvereinbarung ↳ Radiologie (Rufbereitschaft; ggf. Kooperationsvereinbarung) → Ärztliche Konsilregelung telefonisch im Regeldienst (ggf. Kooperationsvereinbarung) ↳ Neuropädiatrie ↳ Ophthalmologie ↳ Humangenetik → Qualifikationsnachweise: ↳ Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt der Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie ↳ Facharzturkunde der Ärztinnen und Ärzte für Mikrobiologie ↳ Facharzturkunde der Ärztinnen und Ärzte für Radiologie ↳ Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt der Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie ↳ Facharzturkunde der Ärztinnen und Ärzte für Ophthalmologie ↳ Facharzturkunde der Ärztinnen und Ärzte für Humangenetik
I.4.2	→ Nicht-ärztliche Dienstleistungen → Dienstpläne für den Prüfzeitraum (ggf. Kooperationsvereinbarung): ↳ nicht-ärztliches Laborpersonal (Schicht- oder Bereitschaftsdienst) ↳ nicht-ärztliches Laborpersonal Blutbank bzw. Blutdepot ↳ nicht-ärztliches mikrobiologisches Laborpersonal (Regeldienst auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen) ↳ MTR (Schicht- oder Bereitschaftsdienst) → Qualifikationsnachweise für nicht-ärztliches Personal: ↳ Laborleistungen, Blutbank bzw. Blutdepot und mikrobiologische Laborleistungen ↳ MTR
I.4.3	→ Nachweis des Umfangs der professionellen psychosozialen Betreuung (von Schwangeren nach § 4 Absatz 2 bis 4 und Eltern von Früh- und kranken Neugeborenen) in Bezug zur Zahl der Aufnahmen von Frühgeborenen < 1.500 g/Jahr → Dienstpläne (Regeldienst von montags bis freitags) psychosoziale Betreuung für den Prüfzeitraum → Ggf. Kooperationsvereinbarung → Qualifikationsnachweise der teilnehmenden Personen

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, I	
I.5.5 Absatz 1	→ Nachweis über die Durchführung von Maßnahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements (mindestens einmal pro Quartal) → Nachweis über die Teilnehmenden und deren Professionen (z. B. Anwesenheitslisten)
I.5.5 Absatz 2	→ Nachweis der interdisziplinären Fallbesprechung in der Patientenakte (mindestens einmal innerhalb von 14 Tagen nach der Geburt) durch Patientenbezogene Nachweise (siehe hierzu I.2.2 Absatz 5 bis 7)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) – Perinatalzentren Level 2 (Versorgungsstufe II)

Leistungsgruppe 45: Perinatalzentrum Level 2

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, II	
II.1.1 Absatz 1 und 2	→ Nachweis der Leitungsfunktion der fachlich leitenden Ärztinnen/Ärzte (z. B. Arbeitsvertrag) → Nachweis der Hauptamtlichkeit der fachlich leitenden Ärztinnen/Ärzte → Nachweis der Vertretungsfunktion der Ärztin/des Arztes (z. B. Arbeitsvertrag) und Zeitpunkt der Benennung → Qualifikationsnachweise der Leitung (Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt: Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt oder fakultativer Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin) → Qualifikationsnachweise der Vertretung Leitung (Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt: Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Nachweis einer dreijährigen klinischen Erfahrung)
II.1.1 Absatz 3 Satz 1 und 2 Absatz 4 bis 6	→ Ärztliche Dienstpläne Geburtshilfe für den Prüfzeitraum: ↳ Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (24-Stunden-Präsenz oder Bereitschaftsdienst; präpartaler Bereich, Entbindungsbereich und Sectio-OP) ↳ Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Rufbereitschaft) ↳ Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt oder Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin in Präsenz oder Rufbereitschaft ↳ Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Expertise in Ultraschall und Dopplersonographie, der/die die Betreuung von Schwangeren mit Wachstumsrestriktion des Fetus sicherstellt (24-Stunden-Präsenz/Bereitschaftsdienst/ Rufbereitschaft) ↳ Regelung zur Betreuung von Schwangeren mit Wachstumsrestriktion des Fetus (z. B. SOP) → Qualifikationsnachweise ↳ Facharzturkunden und Nachweise Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt oder Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin sowie Nachweise der Expertise in Ultraschall und Dopplersonographie (z. B. DEGUM II)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, II	
II.1.2 Absatz 1 und 2	→ Nachweis der Leitungsfunktion der leitenden Hebamme (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweise (Hebamme, Leitungslehrgang) → Nachweis der Hauptamtlichkeit für die Leitung des Entbindungsbereiches → Nachweis der Regelungen zur sachgerechten Ausübung der Leitungsfunktion (Organisationsstatut) → Nachweis über die Freistellung der leitenden Hebamme für die Leitungstätigkeit
II.1.2 Absatz 3 bis 6	→ Dienstpläne hebammenhilfliche Versorgung für den Prüfzeitraum ↳ Hebamme Kreißsaal (24-Stunden-Präsenz als Schicht- oder Bereitschaftsdienst, keine Rufbereitschaft) ↳ Hebamme in Rufbereitschaft, ggf. Nachweis vertragliche Regelung als Beleghebamme ↳ Nachweis der ständigen Erreichbarkeit Hebamme auf der präpartalen Station (z. B. SOP) ↳ Regelung für die kontinuierliche Betreuung einer Schwangeren sub partu (z. B. SOP) → Qualifikationsnachweise der eingesetzten Hebammen
II.2.1 Absatz 1	→ Nachweis der Leitungsfunktion der leitenden Ärztinnen/Ärzte (Leitung und Stellvertretung: z. B. Arbeitsverträge) → Qualifikationsnachweise für Leitung und Stellvertretung (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde, Anerkennung Schwerpunkt Neonatologie)
II.2.1 Absatz 2 bis 5	→ Ärztliche Dienstpläne Neonatologie für den Prüfzeitraum: ↳ Behandlungsleitung Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde, Schwerpunkt Neonatologie (mindestens Rufbereitschaft) ↳ neonatologischer Intensivbereich (Intensivstation und Kreißsaal; Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz) sowie komplementäre ärztliche Dienstpläne (andere Stationen und Einheiten) ↳ Rufbereitschaft ↳ Fachärztinnen/Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde, Schwerpunkt Neonatologie (24-Stunden-Präsenz als Schicht- oder Bereitschaftsdienst oder ggf. Rufbereitschaft) → Qualifikationsnachweise ↳ Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt: Kinder- und Jugendmedizin in oder Kinderheilkunde mit Schwerpunkt Neonatologie ↳ Qualifikationsnachweise der anwesenden Ärztinnen/Ärzte ↳ Qualifikationsnachweise der Ärztinnen/Ärzte in Rufbereitschaft

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, II	
II.2.2 Absatz 1 Satz 1 bis 9 Absatz 4 bis 7	→ Dienstpläne Pflegerische Versorgung der neonatologischen Intensivstation für den Prüfzeitraum → Eine nach Monaten getrennte Auflistung der in den Dienstplänen aufgeführten Pflegekräfte mit Angabe des Namens, der Qualifikation, des Stellenanteils sowie Nachweise des aktuellen Stellenanteils (z. B. Arbeitsverträge) → Qualifikationsnachweise Pflegerische Versorgung der neonatologischen Intensivstation für den Prüfzeitraum: a) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger nach dem Pflegeberufegesetz) sowie Nachweise über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung b) Qualifikationsnachweise (Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“) sowie Nachweise über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung c) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger nach dem Krankenpflegegesetz) und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung oder Nachweise über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung bis 01.01.2017 und Nachweise über eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung im Zeitraum 01.01.2010 bis 01.01.2017 d) Qualifikationsnachweise (Pflegefachfrau/Pflegefachmann ohne Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“) und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, II	
	e) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger) und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung oder Nachweise über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung bis 19.09.2019 und über eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung im Zeitraum 01.01.2012 bis 19.09.2019 f) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger) und Nachweise über eine laufende Weiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“) g) Qualifikationsnachweise (Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“, Nachweise über eine laufende Weiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“) → Angabe des jeweiligen Anteils der vorgenannten Pflegekräfte und Angabe Summe der Pflegekräfte, die in die Ermittlung der Quote des fachweitergebildeten Pflegedienstes zur Erfüllung gemäß Anlage 1 der QFR-RL II.2.2 Absatz 1 Satz 10 und Absatz 2 Satz 1 eingehen
II.2.2 Absatz 5 bis 7	→ Schichtbezogene Dokumentation von Fallzahl und Personaleinsatz auf der NICU (Anlage 4 der QFR-RL) für den Prüfzeitraum ↳ Patientenbezogene Nachweise: Bereitstellung der relevanten Patientendokumentationen aller im Prüfzeitraum der Leistungsgruppenprüfung auf der neonatologischen Intensivstation behandelten Kinder
II.2.2 Absatz 10	→ Nachweis der Leitungsfunktion der pflegerischen Stationsleitung der Intensivstation (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweise der Stationsleitung → Nachweis Leitungslehrgang oder vergleichbare Hochschulqualifikation oder gleichwertige landesrechtliche Regelung
II.3.1 Satz 1 bis 3	→ Bei schriftlichem Verfahren: Beleg der Lage von Entbindungsbereich, Operationsbereich und neonatologischer Intensivstation, z. B. Lageplan, Grundriss → Ggf. Kooperationsvereinbarung

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BA nz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, II	
II.3.2 Absatz 1 bis 4	→ Bei schriftlichem Verfahren zum Nachweis der technischen Ausstattung der neonatologischen Intensivstation: a) vier neonatologische Intensivtherapieplätze b) Intensivpflege-Inkubator an jedem Intensivtherapieplatz c) Monitoring mit EKG, Blutdruck und Pulsoximetrie an jedem Intensivtherapieplatz d) an zwei Intensivtherapieplätzen jeweils mindestens ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene und die Möglichkeit zur transkutanen pO₂- und pCO₂-Messung e) Röntgengerät auf der Intensivstation oder unmittelbar benachbart f) Ultraschallgerät mit Echokardiographie auf der Intensivstation oder unmittelbar benachbart g) Standard-EEG bzw. Amplituden-integriertes EEG auf der Intensivstation oder unmittelbar benachbart h) Blutgasanalysegerät auf der Intensivstation oder unmittelbar benachbart sowie Nachweis des Standorts des Blutgasanalysegeräts
II.4.1	→ Ärztliche Dienstleistungen → Ärztliche Dienstpläne für den Prüfzeitraum: ↳ Fachärztinnen/Fachärzte für Kinderchirurgie (Rufbereitschaft; ggf. Kooperationsvereinbarung) ↳ Kinderkardiologie (Rufbereitschaft; ggf. Kooperationsvereinbarung) ↳ Mikrobiologie für den Regeldienst und für die Rufbereitschaft an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen; ggf. Kooperationsvereinbarung ↳ Radiologie (Rufbereitschaft; ggf. Kooperationsvereinbarung) → Ärztliche Konsilregelung telefonisch im Regeldienst (ggf. Kooperationsvereinbarung) ↳ Neuropädiatrie ↳ Ophthalmologie ↳ Humangenetik → Qualifikationsnachweise: ↳ Facharzturkunde Kinderchirurgie der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte ↳ Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt der Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie ↳ Facharzturkunde der Ärztinnen und Ärzte für Mikrobiologie ↳ Facharzturkunde der Ärztinnen und Ärzte für Radiologie ↳ Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt der Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie ↳ Facharzturkunde der Ärztinnen und Ärzte für Ophthalmologie ↳ Facharzturkunde der Ärztinnen und Ärzte für Humangenetik

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, II	
<u>II.4.2</u>	→ Nicht-ärztliche Dienstleistungen → Dienstpläne für den Prüfzeitraum (ggf. Kooperationsvereinbarung): ↳ nicht-ärztliches Laborpersonal (Schicht- oder Bereitschaftsdienst) ↳ nicht-ärztliches Laborpersonal Blutbank bzw. Blutdepot ↳ nicht-ärztliches mikrobiologisches Laborpersonal (Regeldienst auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen) ↳ MTR (Schicht- oder Bereitschaftsdienst) → Qualifikationsnachweise für nicht-ärztliches Personal: ↳ Laborleistungen, Blutbank bzw. Blutdepot und mikrobiologische Laborleistungen ↳ MTR
<u>II.4.3</u>	→ Nachweis des Umfangs der professionellen psychosozialen Betreuung (von Schwangeren nach § 4 Absatz 2 bis 4 und Eltern von Früh- und kranken Neugeborenen) in Bezug zur Zahl der Aufnahmen von Frühgeborenen < 1.500 g/Jahr → Dienstpläne (Regeldienst von montags bis freitags) psychosoziale Betreuung für den Prüfzeitraum → Ggf. Kooperationsvereinbarung → Qualifikationsnachweise der teilnehmenden Personen
<u>II.5.5</u> Absatz 1	→ Nachweis über die Durchführung von Maßnahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements (mindestens einmal pro Quartal) → Nachweis über die Teilnehmenden und deren Professionen (z. B. Anwesenheitslisten)
<u>II.5.5</u> Absatz 2	→ Kriterien für die Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe (z. B. SOP, Verlegungskonzept)
<u>II.5.6</u>	→ Nachweis der interdisziplinären Fallbesprechung in der Patientenakte (mindestens einmal innerhalb von 14 Tagen nach der Geburt) durch patientenbezogene Nachweise (siehe hierzu II.2.2 Absatz 5 bis 7)

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) – Perinataler Schwerpunkt (Versorgungsstufe III)

Leistungsgruppe 43: Perinataler Schwerpunkt

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, III	
III.1.1	→ Geeignete Belege (z. B. Feststellungsbescheid Planungsbehörde, Landeskrankenhausplan) → Ggf. Kooperationsvereinbarung
III.1.2 Absatz 1 und 2	→ Ärztliche Dienstpläne der Geburtshilfe für den Prüfzeitraum für eine unmittelbare Tätigkeit, SOP (Regelung der Anwesenheit) → Qualifikationsnachweis (Facharzturkunde Ärztin/Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) sowie Nachweise der Expertise in Ultraschall und Dopplersonographie (z. B. DEGUM II)
III.1.3 Absatz 1 und 2	→ Nachweis der Leitungsfunktion der leitenden Hebamme des Entbindungsbereichs (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweise (Hebamme, Leitungslehrgang) → Nachweis der Regelungen zur sachgerechten Ausübung der Leitungsfunktion → Nachweis über die Befreiung der leitenden Hebamme von der Patientenversorgung während ihrer Leitungstätigkeit (z. B. Dienstpläne)
III.1.3 Absatz 3 und 4	→ Dienstpläne hebammenhilfliche Versorgung für den Prüfzeitraum ↳ Hebamme Entbindungsbereich und Wochenbettstation (24-Stunden-Präsenz als Schicht- oder Bereitschaftsdienst) Hebamme in Rufbereitschaft, ggf. Nachweis vertragliche Regelung als Beleghebamme ↳ Regelung für die kontinuierliche Betreuung einer Schwangeren sub partu (z. B. SOP) → Qualifikationsnachweise der eingesetzten Hebammen
III.2.1 Absatz 1	→ Nachweis der ärztlichen Leitungsfunktion zur Behandlung der Früh- und Reifgeborenen (Arbeitsvertrag) → Qualifikationsnachweis (Facharzturkunde Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde) → Ggf. Kooperationsvereinbarung

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, III	
III.2.1 Absatz 2 bis 4	→ Ärztliche Dienstpläne Neonatologie im Prüfzeitraum: ↳ Ärztinnen/Ärzte der Kinderklinik (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst möglich; ggf. Kooperationsvereinbarung) ↳ Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde (Rufbereitschaft; ggf. Kooperationsvereinbarung) ↳ Nachweis der Möglichkeit zur neonatologischen Notfallversorgung innerhalb von 10 Minuten durch eine Ärztin/einen Arzt der Kinderklinik (z. B. SOP), bei schriftlichem Verfahren: Grundriss zum Beleg der Lage von Kinderklinik, Neugeborenenstation und Kreißsaal ↳ Nachweis der Möglichkeit für Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde, unmittelbar tätig werden zu können (z. B. SOP) ↳ Ggf. komplementäre Dienstpläne der Kinderklinik → Qualifikationsnachweise: ↳ Facharzturkunde und Nachweis Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt der FÄ für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde ↳ Qualifikationsnachweise der eingesetzten Ärztinnen und Ärzte
III.2.2	→ Dienstpläne Pflegerische Versorgung der Kinderklinik/Neugeborenenstation für den Prüfzeitraum → Eine nach Monaten getrennte Auflistung der in den Dienstplänen aufgeführten Pflegekräfte mit Angabe des Namens, der Qualifikation, des Stellenanteils sowie Nachweise des aktuellen Stellenanteils (z. B. Arbeitsverträge) → Qualifikationsnachweise Pflegerische Versorgung der neonatologischen Intensivstation für den Prüfzeitraum: a) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger nach dem Pflegeberufegesetz) sowie Nachweise über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung b) Qualifikationsnachweise (Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“) sowie Nachweise über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung c) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Ausbildungsabschluss auf der Grundlage der Vorschriften des Krankenpflegegesetzes bis zum 31.12.2024) d) Qualifikationsnachweise (Pflegefachfrau/Pflegefachmann ohne Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“) und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Regelungsbezug*	Erforderliche Unterlagen
Anforderungen gemäß Anlage 1, III	
	e) Qualifikationsnachweise (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger) und ggf. Nachweise über eine abgeschlossene Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“, „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder eine gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung oder Nachweise über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung bis 19.09.2019 und über eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung im Zeitraum 01.01.2012 bis 19.09.2019 → Angabe des jeweiligen Anteils der vorgenannten Pflegekräfte und Angabe Summe der Pflegekräfte, die in die Ermittlung der Quote des fachweitergebildeten Pflegedienstes zur Erfüllung gemäß Anlage 1 der QFR-RL III.2.2 Satz 10 eingehen
<u>III.3.1</u>	→ Bei schriftlichem Verfahren: Beschreibung der Ausstattung zur notfallmäßigen Beatmung von Früh- und Reifgeborenen
<u>III.3.2</u>	→ Nachweis der Verfügbarkeit von Radiologie, allgemeiner Sonografie, Echokardiografie, Standard-EEG, Labor → Dienstpläne/Qualifikationsnachweise des dafür erforderlichen Personals → Ggf. Kooperationsvereinbarung

* Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) zuletzt geändert am 16. Oktober 2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 16.01.2026 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2026