

§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung,
Verordnungsermächtigung

(1) ¹ Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,
2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
 - a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
 - b) sachliche Ausstattung,
 - c) personelle Ausstattung und
 - d) sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen,
3. Regelungen zur Zulässigkeit der Erfüllung der nach Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder mit anderen Krankenhäusern, zu treffen,
4. Regelungen darüber zu treffen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in dem in § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fall oder der Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem in § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 genannten Fall ausgeschlossen ist.

² Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen.

³ Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.

(2) ¹ Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort zu erfüllen; § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. ² Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.

(3) ¹ Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beschließt. ² Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen. ³ Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. ⁴ Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. ⁵ Der Ausschuss kann empfehlen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. ⁶ Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. ⁷ Die Patientenorganisationen nach § 140f und der Medizinische Dienst Bund können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. ⁸ Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. ⁹ Vor einer Beschlussfassung nach Satz 1 ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss Gelegenheit zur Stel-

lungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die jeweilige Beschlussfassung einzubeziehen.¹⁰ Der Ausschuss berücksichtigt die gemäß § 136a Absatz 7 getroffenen Festlegungen im Rahmen seiner Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1.¹¹ Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest.¹² Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.¹³ Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum 12. April 2025 festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest.¹⁴ Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses wird eine Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet.¹⁵ Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle wird auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.

(4) ¹ Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der nachfolgenden Sätze. ² Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,

1. dass hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Spalte „Standort“ genannten Leistungsgruppen die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien ebenfalls erfüllt sein müssen,
2. dass, sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, sich die zu erfüllenden Qualitätskriterien jeweils danach bestimmen, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen,
3. dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ die Leistungsgruppe Intensivmedizin mit der Qualitätsanforderung Hochkomplex oder mit der Qualitätsanforderung Komplex genannt wird, hinsichtlich dieser Leistungsgruppe die in Anlage 1 Nummer 64 in der jeweiligen entsprechend benannten Tabellenzeile genannten Voraussetzungen ebenfalls erfüllt sein müssen,
4. dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Tabellenspalte „Standort“ Krankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, genannt sind, diese die für sie jeweils genannten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen können,
5. dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsangebote mit dem dafür erforderlichen Personal sowie, sofern anwendbar, in dem genannten Zeitraum vorgehalten werden,
6. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung oder einer vergleichbaren Bezeichnung berechtigt ist,
7. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei
 - a) die Vorgabe „Facharzt“ einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden entspricht,
 - b) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss,
 - c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine

Chirurgie,

d) an Stelle eines Facharztes auch ein Belegarzt vorgehalten werden kann; die in den Buchstaben a bis c festgelegten Kriterien insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit gelten entsprechend,

8. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und

a) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist oder

b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist;

§ 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend.

³ Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. ⁴ Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen. ⁵ Bei der in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ ist im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Facharzt mit einer Facharztbezeichnung „Notfallmedizin“ als gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ anzusehen.

Begründung zum KHVG zum Einfügen von § 135e:

Zu Absatz 1

In Absatz 1 Satz 1 wird die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer Rechtsverordnung durch das BMG geschaffen. Damit wird das BMG berechtigt und verpflichtet, bundeseinheitlich Leistungsgruppen sowie Qualitätskriterien zu den Leistungsgruppen festzulegen. Durch die Verpflichtung zur Festlegung und damit auch zur Weiterentwicklung wird deutlich, dass es sich bei den Vorgaben der Rechtsverordnung um Inhalte eines sogenannten lernenden Systems handelt, das ermöglicht, flexibel auf Veränderungen von Versorgungsstandards zu reagieren. Zweck der Rechtsverordnung ist eine eindeutige, bundeseinheitliche Einteilung des stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen. Dies ist erforderlich für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen sowie zur Stärkung der Qualität der Versorgung und der Patientensicherheit. Die Rechtsverordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

Zu Nummer 1

Nach Nummer 1 sind in der Rechtsverordnung Leistungsgruppen festzulegen. Hierfür werden die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen (§ 39) in Leistungsgruppen eingeteilt. Bereits mit dem Krankenhaustransparenzgesetz vom 22. März 2024 sind in Anlage 1 zu § 135d die Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung benannt worden. Diese 65 Leistungsgruppen waren im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 vereinbart worden. Im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes erfolgte jedoch keine inhaltliche Definition der Leistungsgruppen. Die Leistungsgruppen wurden lediglich zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis benannt. Die Festlegung der Leistungsgruppen erfolgte auf der Grundlage der in Nordrhein-Westfalen mit dem Krankenhausplan 2022 am 27. April 2022 eingeführten Leistungsgruppen. Ergänzt wurden diese 60 somatischen Leistungsgruppen um fünf ergänzende, fachlich gebotene Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie.

Die Gliederung des gesamten stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen dient einer sachgerechten, bundeseinheitlichen und transparenten Strukturierung der Versorgung. Über die Festlegung von Qualitätskriterien für die Strukturqualität sollen bundesweit hochwertige Versorgungsstandards und eine hohe Behandlungsqualität gefördert werden. Dadurch wird eine qualitativ hochwertige und für Patientinnen und Patienten sichere medizinische Versorgung gefördert. Dabei werden grundsätzlich solche Leistungen in eine gemeinsame Leistungsgruppe eingeteilt,

die ähnliche Kompetenzen, Erfahrungen, personelle Qualifikationen und technische Ausstattungen benötigen. Weiterhin dienen die Leistungsgruppen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung.

Zu Nummer 2

Daneben soll die Rechtsverordnung gemäß Nummer 2 auch die für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien festlegen. Die Qualitätskriterien sollen Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der in die Leistungsgruppe eingeteilten Leistungen beinhalten. Damit wird sichergestellt, dass Leistungen künftig nur noch dort erbracht werden, wo geeignete Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale erfüllt werden. Bei der Normierung der Qualitätskriterien sollen die Festlegungen, wie im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, in verschiedenen Anwendungsbereichen festgelegt und weiterentwickelt werden. Das bedeutet, dass ein bestimmtes Maß an technischer Ausstattung, das richtig qualifizierte Personal sowie die erforderlichen Fachdisziplinen zur Vor-, Mit- und Nachbehandlung vorhanden sein müssen.

Zu Buchstabe a

Um die erforderliche Fachexpertise für einen Eingriff sicherzustellen, ist gemäß Buchstabe a Voraussetzung für die Erfüllung der Qualitätskriterien einer Leistungsgruppenzuordnung die Erbringung von Leistungen aus verwandten beziehungsweise sich ergänzenden Leistungsgruppen. Dafür sind die Kapazitäten zur Erbringung dieser Leistungen vorzuhalten, die für eine hohe Behandlungsqualität bei der Behandlung der Patientin oder des Patienten erforderlich beziehungsweise wahrscheinlich erforderlich sind, samt Einhaltung der für die entsprechenden Leistungsgruppen jeweils festgelegten Qualitätskriterien. So soll ein Krankenhaus zum Beispiel eine einfache Operation nur erbringen dürfen, wenn es neben einer Zuweisung der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie auch über eine Diagnostik (Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin) sowie eine Intensivbehandlung (Leistungsgruppe Intensivmedizin) am Standort verfügt.

Zu Buchstabe b

Vorzusehen sind nach Buchstabe b Kriterien zur Vorhaltung erforderlicher Geräte (auch hinsichtlich des zeitlichen Umfangs) einschließlich gegebenenfalls erforderlichen Fachpersonals für deren Bedienung und Benutzung. Im Rahmen der Weiterentwicklung sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe c

Festzulegen sind nach Nummer 3 weiterhin Kriterien zur Qualifikation sowie zur zeitlichen Verfügbarkeit des Personals, insbesondere des fachärztlichen Personals. Sicherzustellen ist, dass im erforderlichen Umfang (mindestens jedoch in Rufbereitschaft) erforderliches fachärztliches Personal vorgehalten wird und in der gebotenen Zeitspanne hinzugezogen werden kann. Die bestehenden Verpflichtungen der Krankenhausträger, eine dem jeweiligen Leistungsspektrum und -umfang entsprechende Verfügbarkeit von hinreichend qualifiziertem Fachpersonal sicherzustellen, bleiben hiervon unberührt.

Zu Buchstabe d

Daneben sind nach Buchstabe d sonstige erforderliche Struktur- und Prozesskriterien vorzusehen. Hier sollen insbesondere verbindliche Vorgaben des G-BA gemäß den §§ 135a ff. berücksichtigt werden.

Zu Nummer 3

Nach Nummer 3 soll die Rechtsverordnung auch Regelungen dazu enthalten, in welchen Fällen Qualitätskriterien nicht zwingend am Standort vorzuhalten sind, sondern auch mittels Kooperation mit einem anderen Krankenhaus oder im Krankenhausverbund sowie mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllt werden können.

Zu Nummer 4

Weiterhin ist nach Nummer 4 in der Rechtsverordnung festzulegen, von welchen Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe ausnahmsweise zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abgewichen werden kann und welche Leistungsgruppen im Hinblick auf ihre Qualitätskriterien ohne Möglichkeit zur Ausnahme auszugestaltet sind. Daneben sind in § 6a KHG weitere Regelungen zu Ausnahmen normiert. Die nach Satz 1 Nummer 2 festzulegenden Qualitätskriterien sollen gemäß Satz 2 den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und eine leitliniengerechte Behandlung durch ärztliches Personal sowie durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe unterstützen. Die Qualitätskriterien zielen darauf ab, eine qualitativ hochwertige und für Patientinnen und Patienten sichere Versorgung zu gewährleisten. Für einen großen Teil der in stationären Einrichtungen durchgeführten Eingriffe existieren inzwischen hochwertige Leitlinien. Soweit sich die Qualitätskriterien nicht aus solchen Leitlinien ableiten lassen, sollen sie möglichst auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz – bei Bedarf auch auf externe Expertise – gestützt werden. Im Rahmen der Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen und Weiterentwicklung ihrer jeweiligen Qualitätskriterien sollen geeignete Zertifikate und Qualitätssiegel (beispielsweise onkologische Zertifikate, Stroke-Units, Trauma-Zentren, Zentren für Seltene Erkrankungen) Berücksichtigung finden. Dabei soll abstrakt generell auf die geeigneten inhaltlichen Voraussetzungen eines Zertifikats abgestellt werden. Das Vorliegen eines bestimmten Zertifikats eines spezifischen Anbieters ist aus wettbewerbsrechtlichen Gründen für die Einhaltung der Qua-

litätskriterien nicht verpflichtend vorauszusetzen. Das Vorliegen eines bestimmten Zertifikates eines spezifischen Anbieters soll aber zur bürokratiearmen Prüfung des Medizinischen Dienstes gemäß § 275a als Nachweis für die Erfüllung der inhaltlichen Voraussetzungen anerkannt werden. Nach Satz 3 ist die Rechtsverordnung bis zum 31. März 2025 zu erlassen, wobei die Änderungen an Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erst ab dem 1. Januar 2027 Wirkung entfalten sollen. Zu Absatz 2

Satz 1 regelt für die Leistungserbringung im neuen Gefüge der Gliederung des gesamten stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen einen Grundsatz. Demnach muss ein Krankenhaus grundsätzlich die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen es erbringt, erfüllen. Qualitätskriterien sind grundsätzlich am Krankenhausstandort zu erfüllen. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 KHG getroffenen Vereinbarung über eine Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Satz 2 gibt vor, dass sich die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach der Rechtsverordnung gemäß Absatz 1 bestimmen. Für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung ist Absatz 4 maßgeblich.

Zu Absatz 3 – Anmerkung: siehe Einfügen von Satz 2 durch den 14. Ausschuss

Absatz 3 enthält Vorgaben für die Einrichtung eines Ausschusses beim BMG, der in einem mehrstufigen Verfahren Empfehlungen für die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien vorlegt. Die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Verfahrensstufen erfolgt in der Rechtsverordnung.

Satz 1 ordnet an, dass das BMG einen Ausschuss als neues Gremium einrichtet, um die Rechtsverordnung weiterzuentwickeln. Der Ausschuss beschließt Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung, die gemäß Absatz 2 durch das BMG mit Zustimmung des Bundesrats erlassen wird. Der einzurichtende Ausschuss soll sich nach Beginn seiner Arbeiten auch mit der angemessenen Berücksichtigung von chemischen, biologischen, radiologischen und nuklearen (CBRN) Lagen im Rahmen der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen auseinandersetzen. Die Leitung dieses neu einzurichtenden Gremiums erfolgt durch Vertreter und Vertreterinnen des BMG gemeinsam mit Vertretern und Vertreterinnen der obersten Gesundheitsbehörden der Länder (Satz 3).

Nach Satz 4 haben das BMG sowie die Länder ein Initiativrecht zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung. Der Ausschuss kann einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Satz 5 regelt, dass der Ausschuss bei der Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung auch vom InEK und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unterstützt werden kann. Die Inhalte der Unterstützungsleistung werden bei entsprechendem Beschluss des Ausschusses vom BMG gegenüber InEK und BfArM in einem Auftrag konkretisiert. Einen Auftrag an das BfArM kann das BMG im Rahmen seiner Fachaufsicht erteilen. Für die Finanzierung der Unterstützungsleistungen des InEK ist § 36 Satz 3 KHG einschlägig. Die Leistungen, die zur Unterstützung des Ausschusses beauftragt werden können, umfassen keine Änderungen der Klassifikationen (OPS/ ICD).

Nach Satz 6 ist der Ausschuss paritätisch im Hinblick auf Kostenträger einerseits und Leistungserbringer sowie Berufsorganisationen andererseits zu besetzen. Seine Besetzung stellt sicher, dass die Perspektive und das Fachwissen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Pflege sachgerecht einzubeziehen sind. Satz 7 (Anmerkung: siehe Änderung durch 14. Ausschuss) bezieht die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen gemäß § 140f in Form eines Mitberatungsrechts ein; die Organisationen sollen hierzu sachkundige Personen benennen. Das Mitberatungsrecht gewährleistet, dass auch die Patientenperspektive angemessen in die Arbeit des Ausschusses einfließt. Nach Satz 8 kann der Ausschuss auch weitere sachverständige Personen wie beispielsweise Sachverständige zum Thema Strahlenschutz, Patientensicherheit oder den Medizinischen Dienst Bund zur Beratung hinzuziehen. Die Geschäftsstelle nach Satz 14 soll darauf hinwirken, dass die angemessene Beteiligung nach Satz 8 sichergestellt wird. Die Empfehlungen des Ausschusses sollen veröffentlicht werden.

Das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses, insbesondere zur angemessenen Beteiligung der Länder sowie dem Umgang mit abweichenden Positionen ist in einer Geschäftsordnung festzulegen (Satz 11). Die Geschäftsordnung sowie ihre Änderung bedürfen der Genehmigung durch das BMG. Damit stellt Satz 12 sicher, dass bereits im Verfahren der Einsetzung des Ausschusses und aller künftigen Änderungen eine Möglichkeit der Überprüfung, ob die Geschäftsordnung alle notwendigen Vorgaben für eine effektive Aufgabenerfüllung des Ausschusses vorgibt, enthalten ist. Für den Fall, dass die Geschäftsordnung vier Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht zustande kommt, wird sie vom BMG festgelegt. Das Recht des BMG nach Satz 13, bei fruchtlosem Fristablauf die Inhalte der Geschäftsordnung vorzugeben, ist notwendig, da es ansonsten keinen Mechanismus gibt, wie mit abweichenden Positionen innerhalb des Ausschusses umzugehen ist. Ein Konfliktlösungsmechanismus ist für die Arbeitsfähigkeit

des Ausschusses zwingend erforderlich.

Nach Satz 14 wird beim BMG eine Geschäftsstelle eingerichtet, die künftig die Arbeit des Ausschusses koordiniert und organisiert.

Zu Absatz 4 – Anmerkung: siehe endgültige Fassung durch den 14. Ausschuss

In Absatz 4 wird eine Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung normiert.

Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gelten gemäß Satz 1 die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien der Anlage 1. Umfasst sind die 60 somatischen Leistungsgruppen, die auch der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthält. Hinzu kommen die Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie. Die Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen richtet sich auch in der Übergangszeit nach § 21 Absatz 2 Buchstabe i) in Verbindung mit Absatz 3c KHEntgG. Die Qualitätskriterien für die 60 erstgenannten Leistungsgruppen orientieren sich dabei am Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. Die Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen sind in der Anlage 1 festgelegt.

Satz 2 – Anmerkung: durch 14. Ausschuss entfallen – regelt die Berücksichtigung der in der Tabelle in Anlage 1 als Auswahlkriterien enthaltenen Qualitätskriterien. Sofern mehrere Krankenhaussstandorte die Mindestvoraussetzungen für eine Leistungsgruppe erfüllen, entscheidet die zuständige Planungsbehörde des Landes nach pflichtgemäßem Ermessen, welchem Krankenhaus die Leistungsgruppe zugewiesen wird. Bei dieser Entscheidung wird berücksichtigt, ob ein Krankenhausstandort auch die Auswahlkriterien erfüllt. Die genannten Auswahlkriterien sind allerdings nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen.

Satz 2 normiert einzelne Vorgaben, die für die Erfüllung der Qualitätskriterien in der Anlage 1 gelten.

Zu Nummer 1

Nummer 1 gibt für die Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ vor, dass diese vom Krankenhaus, das eine Leistung in der Leistungsgruppe erbringt, ebenfalls zu erfüllen sind. Wenn die verwandten Leistungsgruppen in der Tabellenspalte „Standort“ aufgeführt sind, müssen die Qualitätskriterien am Standort erfüllt werden. Werden die verwandten Leistungsgruppen in der Tabellenspalte „Kooperation“ aufgeführt, gilt Nummer 8. Unberührt von dieser Regelung gilt § 6a Absatz 3 Satz 2 KHG.

Zu Nummer 2

Enthalten die Anforderungsbereiche Mindestanforderungen für die Behandlung Erwachsener oder die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, sind die für die jeweilige Behandlung geltenden Kriterien zu erfüllen (Nummer 2).

Zu Nummer 3

In einigen Leistungsgruppen sind auch besondere medizinische Angebote vorgesehen, die für die Erbringung von Leistungen der jeweiligen Leistungsgruppen relevant sind (Nummer 3). Die Angebote (beispielsweise Strahlentherapie) stellen entweder Auswahlkriterien dar und sind damit bei der Entscheidung der zuständigen Planungsbehörde eines Landes über die Zuweisung einer Leistungsgruppe zu berücksichtigen (siehe Satz 2) oder sie sind in Kooperation zu erbringen (siehe dazu Nummer 8).

Zu Nummer 4

Die Leistungsgruppe Nummer 64 Intensivmedizin enthält auch Qualitätsanforderungen für die komplexe oder hochkomplexe intensivmedizinische Versorgung. Sofern im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ bei der Leistungsgruppe Intensivmedizin auf Qualitätsanforderung komplex oder hochkomplex verwiesen wird, sind die entsprechenden Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppe Intensivmedizin einzuhalten.

Zu Nummer 5

Mit Nummer 5 wird klargestellt, dass die vorzuhaltende sachliche Ausstattung auch das für die Anwendung oder Bedienung erforderliche Personal in dem jeweils geforderten zeitlichen Umfang (beispielsweise täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr) umfasst.

Zu Nummer 6 – Anmerkung: siehe Änderung durch 14. Ausschuss

Nummer 6 gibt vor, dass sich die Qualifikation der im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ zu beschäftigenden Fachärzte nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richtet, die von einzelnen Ärztekammern angepasst wurden. Qualifikationen auf der Grundlage früherer Musterweiterbildungsordnungen werden anerkannt.

Zu Nummer 7 – Anmerkung: siehe Änderungen durch 14. Ausschuss

Nummer 7 enthält Vorgaben für die Verfügbarkeit hinsichtlich der personellen Ausstattung.

Zu Buchstabe a

Sofern die Tabelle Fachärzte benennt, sind damit am Standort beschäftigte Fachärzte gemeint, wobei ihr Vollzeitäquivalent einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden entspricht. Ziel dieser Qualitätsvorgaben ist es, eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten sicherzustellen. Die arbeitszeitlichen Vorgaben können in den Ländern je nach Arbeitgeber/Verband/Träger im Hinblick auf den zeitlichen Umfang der Wochenarbeitszeit variieren. Maßgeblich für die Prüfung, ob die erforderlichen Fachärztinnen und Fachärzte in einer Leistungsgruppe beschäftigt

sind, sind daher die Arbeitsstunden, die das ärztliche Personal nach dem jeweils anzuwendenden arbeits- oder tarifvertraglichen oder AVR-Regelungen zu leisten hat.

Unabhängig von diesen Vorgaben liegt es auch weiterhin in der Verantwortung der einzelnen Krankenhausträger und Krankenhäuser, für eine dem jeweiligen Leistungsspektrum und -umfang entsprechende Verfügbarkeit von hinreichend qualifiziertem (fach-)ärztlichen Personal Sorge zu tragen. Insgesamt sind insbesondere die den jeweiligen Leistungsgruppen zuzuordnenden Fallzahlen, aber auch die Qualifikation und Leistungsfähigkeit der tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie des pflegerischen und weiteren nichtärztlichen Personals zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe c

Fachärztinnen und Fachärzte können mit ihrer Qualifikation auf die fachärztlichen Vorgaben in bis zu drei verschiedenen Leistungsgruppen voll angerechnet werden, wenn einem Standort mehrere Leistungsgruppen zugewiesen werden. Beispielsweise kann für die Zuweisung der Leistungsgruppen Endoprothetik Knie, Endoprothetik Hüfte, Revision Hüftendoprothese sowie Revision Knieendoprothese daher die Vorhaltung von mindestens vier Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzten (Vollzeitäquivalente) für Orthopädie und Unfallchirurgie ausreichend für die Erfüllung der Qualitätskriterien sein. Gleiches gilt auch für den Fall, dass einem Krankenhaus alle vier Leistungsgruppen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Allgemeine Frauenheilkunde, Ovarial-CA, Senologie, Geburten) zugewiesen werden; hier würden insoweit mindestens vier Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzte (Vollzeitäquivalente) für Frauenheilkunde und Geburtshilfe genügen. Als weiteres Beispiel würden für die Zuweisung aller Leistungsgruppen aus dem Gebiet der Viszeralchirurgie (Bariatrische Chirurgie, Lebereingriffe, Ösophaguseingriffe, Pankreaseingriffe und Tiefe Rektumeingriffe) hinsichtlich der personellen Vorgaben zu Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzten (Vollzeitäquivalente) für Viszeralchirurgie mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte für Viszeralchirurgie für die Erfüllung dieser Anforderungen ausreichen. Fachärztinnen und Fachärzte, die die Anerkennung zum Führen mehrerer Facharztbezeichnungen erhalten haben, können ebenfalls nur in maximal drei verschiedenen Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Dabei kann eine Person mit verschiedenen Facharztbezeichnungen nicht mehrfach in derselben Leistungsgruppe berücksichtigt werden.

Für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie wird normiert, dass die Vorgaben in den Qualitätskriterien zu Qualifikation und Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal standortbezogen je Leistungsgruppe ohne Anrechnungs- bzw. Berücksichtigungsmöglichkeit einzuhalten sind. Das heißt, eine Fachärztin oder ein Facharzt, die oder der in einer dieser Leistungsgruppen vorzuhalten ist, kann nicht in weiteren Leistungsgruppen angerechnet werden. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie müssen demnach jeweils mindestens drei Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzte am Standort tätig sein, die nicht bei anderen Leistungsgruppen berücksichtigt werden können.

Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass die Nichtanrechnung bzw. Nichtberücksichtigung einer Fachärztin oder eines Facharztes in einer Leistungsgruppe nicht zu einem Behandlungsverbot der Fachärztin oder des Facharztes in dieser oder einer anderen Leistungsgruppe führt.

Zu Buchstabe d

Sofern in der Tabelle bei der personellen Ausstattung auch Belegärzte vorgesehen sind, können die Leistungen der Leistungsgruppe auch durch Belegärzte erbracht werden. Die Erfüllung der fachärztlichen Mindestvoraussetzungen ist anhand der Vereinbarungen im jeweiligen Belegarztvertrag des Facharztes mit dem Krankenhausträger nachzuweisen.

Zu Nummer 8

Krankenhäuser können ihre Verpflichtung zur Erfüllung von Qualitätskriterien unter bestimmten Voraussetzungen auch in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erbringen. Hierfür ist ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorzuhalten, der inhaltliche und organisatorische Regelungen im Hinblick auf das jeweilige Qualitätskriterium beinhaltet (Angaben zu Kooperationspartnern und deren Eignung, Angaben zum Kooperations-/Leistungsort und -inhalt, Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit des jeweiligen Qualitätskriteriums sowie Angaben Kooperationsdauer).

Zu Buchstabe a

Kooperationen sind im Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1, die auch Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden enthalten wird, auch zulässig, wenn in der Tabelle in Anlage 1 Kooperationen ausdrücklich vorgesehen sind. Dabei sind Lösungen im unmittelbaren regionalen Umfeld im Vergleich zu Kooperationen über weite Distanzen grundsätzlich zu bevorzugen.

Zu Buchstabe b

Darüber hinaus ist die Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden grundsätzlich zulässig, sofern die Voraussetzungen des § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG für die ausnahmsweise Zuweisung von Leistungsgruppen vorliegen. Demnach kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen

und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

Für Fachkrankenhäuser wird mit der Regelung in Satz 3 – Anmerkung: siehe Änderungen durch 14. Ausschuss (jetzt: Satz 3 bis 5) für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung die in Nordrhein-Westfalen geltende Rechtslage für Kooperationsmöglichkeiten im Wesentlichen nachvollzogen. Im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 ist normiert, dass Fachkrankenhäuser zwar Apparaturen, Fachärzte und sonstige Struktur- und Prozesskriterien – wie Allgemeinkrankenhäuser – vorzuhalten haben. Die zuständige Planungsbehörde kann jedoch im Einzelfall entscheiden, ob verwandte Leistungsgruppen in Kooperationen oder Verbünden durch das Fachkrankenhaus erbracht werden können. Die nach § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 KHG festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten sind bei dieser Entscheidung nicht zwingend zu berücksichtigen. Dies ist auf Grund der besonderen Spezialisierung von Fachkliniken geboten.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderungen wie folgt:

Zu Absatz 3

Zu Satz 1 und 2

Das Bundesministerium für Gesundheit als Verordnungsgeber wird verpflichtet, im Vorfeld des Erlasses einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 zu begründen, wenn es inhaltlich von den Empfehlungen des Ausschusses nach Satz 1 abweicht. Der Ausschuss ist so besetzt, dass er seine Empfehlungen auf breiter Faktenkenntnis mit wissenschaftlicher Grundlage erarbeitet. Daher ist es sachgerecht, ein Abweichen von diesen fachlich entwickelten Empfehlungen zu erläutern. Der Verordnungsgeber wird dadurch nicht in seiner Normsetzungskompetenz berührt.

Zu Satz 7

Dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) wird die Möglichkeit gegeben, in beratender Funktion an den Sitzungen des Leistungsgruppenausschusses teilzunehmen. Dies erscheint insbesondere dann sachlich geboten, wenn über die konkrete Ausgestaltung von Qualitätskriterien beraten wird und der MD Bund Erfahrungen aus der Prüfpraxis und etwaige Konkretisierungserfordernisse in die Beratungen einbringen kann.

Zu Satz 9 und 10

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss ist durch den Leistungsgruppenausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in die Beschlussfassung über die Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung einzubeziehen, damit diese auf einer möglichst breiten Faktenkenntnis basieren.

Im Rahmen der Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gemäß § 135e soll geprüft werden, inwieweit die Vorgabe der Verfügbarkeit von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei der in Anlage 1 Nummer 42 genannten Leistungsgruppe „Geburten“ auch durch einen von Hebammen geführten Kreißsaal ersetzt werden kann, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie beschlossenen Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllt werden.

Zu Satz 14 und 15

Zur Koordinierung der Aufgaben des in Satz 1 genannten Ausschusses bedarf es einer Geschäftsstelle. Diese wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet, weil er langjährige Erfahrung mit der neutralen Geschäftsstellentätigkeit zur Vorbereitung und Unterstützung der Entscheidungsfindung in Gremien mit heterogener Besetzung hat. Die Geschäftsstelle erledigt die laufenden Geschäfte, hierzu gehört insbesondere die Organisation der Sitzungen des Ausschusses, die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen und der für die Arbeitsfähigkeit des Ausschusses notwendigen Dokumente (einschließlich eines Entwurfs einer Geschäftsordnung). Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle wird auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Aufgrund der Einrichtung der Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss ist der hierfür erforderliche Aufwand in den Haushalt des Gemeinsamen Bundesausschusses einzustellen.

Zu Absatz 4

Zu Satz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Satz 2

Zu Nummer 6

Um sicherzustellen, dass in dem Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung in der Tabellenspalte „Qualifikation“ sowohl die nach den aktuell geltenden als auch die nach den nicht mehr geltenden Weiterbildungsordnungen erworbenen Weiterbildungsbezeichnungen berücksichtigt werden, wird die Regelung um den Zusatz „oder einer vergleichbaren Bezeichnung“ ergänzt.

Zu Nummer 7

Das Belegarztwesen soll dem Grunde nach durch die Regelungen des KHVG nicht eingeschränkt

werden. Durch die Streichung wird klargestellt, dass in allen Leistungsgruppen die Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfüllt werden können. Denn die belegärztliche Versorgung ist insbesondere in den Leistungsgruppen zielführend, in denen Leistungen vor allem elektiv erfolgen und ein niedriges komplexes Patientengut mit entsprechend geringer Verweildauer und relativen wenigen Schnittstellen zu anderen Leistungsgruppen gegeben ist (vgl. Krankenhausplan NRW 2022). Diese Anpassung ist auch sachgerecht, da insoweit nur der eng gefasste Kabinetttentwurf an die Rechtslage in NRW und somit das zwischen Bund und Ländern geeinte Eckpunktepapier angeglichen wird. Durch die Ergänzung, dass die in den Buchstaben a bis c festgelegten Kriterien entsprechend auch für Belegärzte gelten, wird sichergestellt, dass Belegärztinnen und -ärzte vollumfänglich und somit insbesondere auch hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit mit angestellten Ärzten gleichgestellt sind.

Zu Satz 3 bis 5

Um der besonderen Spezialisierung von Fachkrankenhäusern Rechnung zu tragen, wird die Möglichkeit, Qualitätskriterien in Kooperation und Verbünden mit anderen Krankenhäusern und Leistungserbringern zu erfüllen, für die von den Ländern dem „Level F“ zugeordneten Fachkrankenhäuser erweitert. Durch die Streichung des Kriteriums „zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“ wird der besonderen Rolle der Fachkrankenhäuser für die Patientenversorgung Rechnung getragen.

Da die Schlaganfallversorgung nicht in allen Bundesländern flächendeckend über Stroke Units an Neurologischen Kliniken sichergestellt werden kann, wird in begründeten Fällen die Möglichkeit einer Erfüllung der in Anlage 1 genannten Qualitätskriterien durch telemedizinische Kooperationen mit einem anderen Krankenhausstandort, der über eine Stroke Unit verfügt, geschaffen. Die Anwendung dieser Ausnahme kann begründet sein, wenn ein anderer Krankenhausstandort, an dem die Leistungsgruppe Stroke Unit erbracht wird, für einen erheblichen Teil der Bevölkerung eines Einzugsgebietes nicht innerhalb von 30 PKW-Fahrtzeitminuten zu erreichen ist. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt im Rahmen der Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Leistungsgruppe Stroke Unit an einem bestimmten Krankenhausstandort mit, ob ein entsprechend begründeter Ausnahmefall anzunehmen ist.

Die Regelung stellt sicher, dass Fachärzte für Notfallmedizin, sofern diese in den Ländern eingeführt werden oder durch Anerkennung ausländischer Fachärzte Berücksichtigung finden, gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ eingesetzt beziehungsweise für die Erfüllung der Qualitätskriterien der in der Anlage 1 in der Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ maßgeblichen Qualitätskriterien berücksichtigt werden können.

Vorbemerkung:

Ab Seite 806 ist wiedergegeben:

Anlage 1
Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Sowohl die Begründungen zum Gesetzentwurf als auch zu den Änderungen durch den 14. Ausschuss sind am Ende angefügt.

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche		
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung
			Standort	Kooperation	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvor- aussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographie- gerät, Basislabor jederzeit, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Endoskopie täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr
		Auswahl- kriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Ovarial-CA oder LG Senologie oder LG Geburten		Magnetresonanztomographie (MRT)
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvor- aussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		
3	Infektiologie	Mindestvor- aussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Allgemeine Chirurgie		Mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Laboranalytik, Zugang zu Mikrobiologischem Labor jederzeit mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation

Anforderungsbereiche		
Personelle Ausstattung		
Qualifikation	Verfügbarkeit	Sonst. Struktur- u. Prozessvoraussetzungen
Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
Sofern Erwachsene behandelt werden: FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Sofern Erwachsene behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
FA Innere Medizin und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie oder FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie	Vier FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie oder mindestens ein FA Innere Medizin und Infektiologie und zwei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder ein FA Hygiene und Umweltmedizin	Fachärztlicher infektiologischer Konsil-service Fachapotheker oder Fachapothekerin mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder ABS-fortgebildeter Apotheker oder Apothekerin, die entweder auf Station, in der Krankenhausapothek oder in krankenhausversorgenden Apotheken tätig sind Antibiotic Stewardship (ABS) Team Einrichtung der ambulanten Medizin mit Schwerpunkt Infektiologie (mindestens in Kooperation, auch durch auf die Behandlung von HIV-Patienten spezialisierte vertragsärztliche Leistungserbringer, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt) Konsiliarische Erreichbarkeit täglich von 8 Uhr bis 17 Uhr, folgender Dienste: • Augenheilkunde • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) • Gynäkologie • Dermatologie • Neurologie