



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen
Dienstes nach § 275a SGB V

(MD-Qualitätskontroll-Richtlinie, MD-QK-RL)

in der Fassung vom 21. Dezember 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 12.12.2018 B2)
in Kraft getreten am 13. Dezember 2018

zuletzt geändert am 3. Dezember 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 03.02.2021 B2)
in Kraft getreten am 1. Dezember 2020

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

Präambel	4
Teil A – Allgemeiner Teil	4
§ 1 Zweck der Richtlinie	4
§ 2 Anwendungsbereich.....	4
§ 3 Kontrollgegenstände	5
§ 4 Anhaltspunkte für die Beauftragung von Qualitätskontrollen	5
§ 5 Qualitätskontrollen beauftragende Stellen	6
§ 6 Umfang der Qualitätskontrollen	6
§ 7 Einleitung des Kontrollverfahrens und Klärung des Kontrollauftrages.....	6
§ 8 Arten der Kontrolle.....	7
§ 9 Verfahren bei angemeldeter Kontrolle vor Ort.....	7
§ 10 Verfahren bei unangemeldeter Kontrolle vor Ort	8
§ 11 Schriftliches Verfahren nach Aktenlage	9
§ 12 Mitwirkungspflichten des Krankenhauses	10
§ 13 Mitwirkung Dritter	10
§ 14 Berichterstellung durch den MD	11
§ 15 Umgang mit dem Kontrollbericht und den Kontrollergebnissen.....	11
§ 16 Berichterstattung des Medizinischen Dienstes Bund an den G-BA	12
§ 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie.....	12
Teil B - Besonderer Teil	13
Abschnitt 1	13
Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung.....	13
§ 1 Anwendungsbereich.....	13
§ 2 Kontrollgegenstand und Zweck der weiteren Kontrollen.....	13
§ 3 Anhaltspunkte für die Beauftragung der Qualitätskontrolle	13
§ 4 Beauftragende Stelle	14
§ 5 Umfang der Qualitätskontrolle	14
§ 6 Art und Verfahren der Kontrolle	15
§ 7 Umgang mit dem Kontrollbericht und den Kontrollergebnissen.....	15
Abschnitt 2	17
Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	17
Unterabschnitt 1	17
Allgemeine Vorschriften.....	17
§ 8 Anwendungsbereich und Kontrollgegenstand.....	17
§ 9 Umgang mit dem Kontrollbericht und den Kontrollergebnissen.....	17
Unterabschnitt 2	18
Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten	18
§ 10 Anhaltspunkte für die Beauftragung der Qualitätskontrollen.....	18
§ 11 Beauftragende Stelle bei anhaltspunktbezogenen Kontrollen.....	18

§ 12	Einleitung des Kontrollverfahrens bei anhaltspunktbezogenen Kontrollen.....	18
§ 13	Umfang der anhaltspunktbezogenen Qualitätskontrolle	19
§ 14	Art und Verfahren der anhaltspunktbezogenen Kontrolle	19
	Unterabschnitt 3	20
	Kontrollen aufgrund von Stichproben.....	20
§ 15	Stichprobenziehung.....	20
§ 16	Beauftragende Stelle bei Stichprobenprüfungen	21
§ 17	Einleitung des Kontrollverfahrens bei Stichprobenprüfungen	21
§ 18	Umfang der Qualitätskontrolle bei Stichprobenprüfungen.....	21
§ 19	Art und Verfahren der Stichprobenprüfung.....	21
	Unterabschnitt 4	22
	Anlassbezogene Kontrollen.....	22
§ 20	Anlässe für die Kontrollen	22
§ 21	Beauftragende Stelle bei anlassbezogenen Kontrollen	23
§ 22	Einleitung des Kontrollverfahrens bei anlassbezogenen Kontrollen.....	23
§ 23	Umfang der Qualitätskontrolle bei anlassbezogenen Kontrollen.....	23
§ 24	Art und Verfahren der anlassbezogenen Kontrollen	23

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Präambel

Der G-BA hat nach § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V den Auftrag erhalten, die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V zu regeln. Diese Richtlinie hat folgenden Aufbau: Die allgemeinen Vorgaben finden sich in Teil A. „Allgemeiner Teil“, die kontrollgegenstandsspezifischen Vorgaben in Teil B. „Besonderer Teil“. Die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen regelt der G-BA nicht in dieser Richtlinie, sondern in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 137 Absatz 1 SGB V.

Teil A – Allgemeiner Teil

§ 1 Zweck der Richtlinie

- (1) Die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Krankenhäuser) verbindlich.
- (2) Ergeben sich daraus Nachweispflichten, obliegen diese dem Krankenhaus. Für die Durchsetzung von Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung ist es von wesentlicher Bedeutung, dass deren Einhaltung in den Krankenhäusern auch kontrolliert wird.
- (3) Durch die Regelung in § 275a SGB V erhält der Medizinische Dienst (MD) die Aufgabe, nach Maßgabe dieser Richtlinie die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach §§ 135b und 136 bis 136c SGB V sowie die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung zu kontrollieren.
- (4) Die Verwendung einschließlich der Übermittlung der aus einer Qualitätskontrolle gewonnenen Informationen erfolgt ausschließlich nach Maßgabe dieser Richtlinie.

§ 2 Anwendungsbereich

- (1) Diese Richtlinie regelt die Einzelheiten zu den Kontrollen des MD nach § 275a SGB V, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, die die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V oder § 136a Absatz 5 SGB V zum Gegenstand haben oder als Stichprobenprüfungen erforderlich sind. Es werden die Stellen, die diese angemeldeten oder unangemeldeten Kontrollen beauftragen, sowie Art, Umfang und Verfahren der Kontrollen und der Umgang mit den Ergebnissen der Qualitätskontrollen festgelegt.
- (2) Abweichend von Absatz 1 gelten für vom MD durchgeführte Kontrollen der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich Art, Umfang und Verfahren der Kontrolle sowie zum Umgang mit den Ergebnissen die in den G-BA-Richtlinien zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, zu Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern, zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie zum Verfahren der Qualitätszu- und -abschläge getroffenen Regelungen. Sofern der MD auf Grund dieser Richtlinien mit der Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation beauftragt wurde, ist eine weitere Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zulässig, soweit dieses im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch festgelegt ist. Für Kontrollen nach Satz 1 ist der MD nach § 276 Absatz 4a SGB V befugt, die Räume des Krankenhauses zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten zu betreten, die zur Erfüllung des Kontrollauftrages erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu verarbeiten, soweit

dies für die Kontrollen erforderlich ist. § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 SGB V gilt für die Durchführung dieser Kontrollen entsprechend.

(3) Eine Beauftragung des MD durch die beauftragende Stelle setzt die spezifische Ausgestaltung des Kontrollverfahrens mit Regelungsinhalten im Sinne von § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummern 1 und 2 i.V.m. § 137 Absatz 3 SGB V im Besonderen Teil dieser Richtlinie oder in Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1 voraus.

§ 3 Kontrollgegenstände

Die Kontrollgegenstände dieser Richtlinie sind in § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummern 1 und 2 SGB V enumerativ aufgezählt. Dies sind im Einzelnen

- a) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 135b SGB V (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) soweit die Leistungen im Krankenhaus erbracht werden,
- b) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung),
- c) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136a SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen),
- d) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136b SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus),
- e) die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136c SGB V (Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) sowie
- f) die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung.

§ 4 Anhaltspunkte für die Beauftragung von Qualitätskontrollen

(1) Voraussetzung für die Beauftragung einer vom MD durchzuführenden Qualitätskontrolle auf der Grundlage von Anhaltspunkten ist das Vorliegen konkreter und belastbarer Anhaltspunkte für die Nichteinhaltung der in den Richtlinien und Beschlüssen nach § 3 Buchstabe a bis e genannten Qualitätsanforderungen oder über Verstöße gegen Dokumentationspflichten nach § 3 Buchstabe f. Konkret und belastbar im Sinne des Satzes 1 ist ein Anhaltspunkt dann, wenn der mögliche Qualitäts- oder Dokumentationsmangel einem Kontrollgegenstand nach § 3 zugeordnet und mit entsprechenden Hinweisen schlüssig begründet werden kann. Die Qualitätskontrollen beauftragenden Stellen nach § 5 werden aufgrund eines oder mehrerer Anhaltspunkte tätig. Diese sind im Kontrollauftrag nach § 7 vollumfänglich und abschließend zu benennen.

(2) Anhaltspunkte für die Beauftragung von Qualitätskontrollen nach § 3 Buchstabe a bis e können sich insbesondere ergeben aus:

- a) Implausibilitäten der Angaben in Qualitätsberichten,
- b) Erkenntnissen bei Abrechnungsprüfungen bei Einzelfällen,
- c) Erkenntnissen im Rahmen der Unterstützung von Versicherten nach § 66 SGB V oder
- d) Erkenntnissen entweder durch mehrfache Meldungen von Versicherten oder sonstigen Dritten zum selben Sachverhalt oder Kontrollgegenstand oder durch eine besonders fundierte Meldung eines Versicherten oder sonstigen Dritten zu einem Sachverhalt oder Kontrollgegenstand.

Die Anhaltspunkte werden im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch konkretisiert.

(3) Anhaltspunkte für die Beauftragung von Qualitätskontrollen nach § 3 Buchstabe f ergeben sich aus den G-BA-Richtlinien zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern, zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie zum Verfahren der Qualitätszu- und –abschläge. Die Anhaltspunkte werden in diesen G-BA-Richtlinien konkretisiert. Weitere Anhaltspunkte für die Prüfung der Richtlinien nach Satz 1 werden im Besonderen Teil konkretisiert.

§ 5 Qualitätskontrollen beauftragende Stellen

(1) Folgende Stellen und Institutionen können den MD mit der Durchführung von Qualitätskontrollen beauftragen:

- a) die für die Verfahren der datengestützten QS verantwortlichen Gremien und die mit der Umsetzung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene,
- b) die gesetzlichen Krankenkassen.

Welche der Stellen den MD jeweils mit der Durchführung von Qualitätskontrollen beauftragen können, wird im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch abschließend festgelegt.

(2) Um Doppelkontrollen bei Mehrfachbeauftragungen zum selben Kontrollgegenstand im selben Krankenhaus auszuschließen, findet eine Abstimmung zwischen dem MD und den beauftragenden Stellen statt. Zu diesem Zweck führt der MD eines jeden Bundeslandes eine Datenbank, in der bundesweit einheitlich die erforderlichen Informationen zu den Kontrollen dokumentiert werden.

§ 6 Umfang der Qualitätskontrollen

Qualitätskontrollen sind für Krankenhäuser und den MD aufwandsarm zu gestalten. Die beauftragenden Stellen sind verpflichtet, den Aufwand für alle Beteiligten so gering wie möglich zu halten und den Umfang der Kontrolle auf das Notwendige zu beschränken. Der mögliche Umfang einer Kontrolle und welche Unterlagen hierfür vorgelegt oder an den MD übermittelt werden müssen, wird im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch festgelegt. Dies umfasst auch die Festlegung, welche Informationsquellen mit welchen personenbezogenen Daten in die Überprüfung von Qualitätsanforderungen einbezogen werden dürfen. Über den Umfang der Kontrollen entscheidet die beauftragende Stelle auf der Grundlage dieser Festlegungen. Art und Umfang des Auftrags müssen bei einer durch Anhaltspunkte begründeten Kontrolle in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen.

§ 7 Einleitung des Kontrollverfahrens und Klärung des Kontrollauftrages

(1) Voraussetzung für die Durchführung einer Qualitätskontrolle ist ein schriftlicher Kontrollauftrag der beauftragenden Stelle an den MD. Der Kontrollauftrag muss inhaltlich hinreichend bestimmt sein, den genauen Adressaten der Kontrolle, den Kontrollgegenstand nach § 3, bei einer Kontrolle auf der Grundlage von Anhaltspunkten den gemäß § 4 und im Besonderen Teil konkretisierten Anhaltspunkt sowie Art und Umfang der vom MD durchzuführenden Kontrollen beinhalten. Dabei sind etwaige schutzwürdige Interessen von Personen gemäß § 4 Absatz 2 Buchstabe d gegenüber dem MD und dem Krankenhaus zu wahren. Bei angemeldeten Kontrollen vor Ort und bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren übermittelt die beauftragende Stelle den Kontrollauftrag zeitgleich an das Krankenhaus und

den MD. Das Krankenhaus erhält die Gelegenheit, hierzu innerhalb von 5 Arbeitstagen gegenüber der beauftragenden Stelle schriftlich Stellung zu nehmen. Die beauftragende Stelle informiert den MD über den Eingang einer Stellungnahme des Krankenhauses und prüft, ob der Kontrollauftrag weiter aufrechterhalten wird. Sie teilt dem Krankenhaus und dem MDK innerhalb einer Frist von 5 Arbeitstagen ab Eingang der Stellungnahme zeitgleich das Ergebnis dieser Prüfung schriftlich mit.

(2) Der MD bestätigt der beauftragenden Stelle innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Auftragseingang oder nach der Information, dass der Kontrollauftrag aufrechterhalten wird, schriftlich die Annahme des Kontrollauftrages. Mit Zustellungsdatum gilt das Kontrollverfahren als eingeleitet (Einleitungsdatum). Bei unklarem Kontrollauftrag führt der MD binnen dieser Frist eine inhaltliche Klärung mit der beauftragenden Stelle herbei. Führt dies zu einer Änderung des Kontrollauftrags, muss die beauftragende Stelle einen neuen Kontrollauftrag erstellen. Entspricht der Kontrollauftrag nicht den Anforderungen dieser Richtlinie, ist er vom MD zurückzuweisen, eine Kontrolle wird nicht durchgeführt.

(3) Zuständig für die Durchführung der Kontrollen ist grundsätzlich der MDK des Bundeslandes, in dem das Krankenhaus gelegen ist.

§ 8 Arten der Kontrolle

(1) Nach dieser Richtlinie sind drei Arten der Kontrolle möglich. Die Qualitätskontrollen können nach Anmeldung vor Ort im Krankenhaus, unangemeldet vor Ort im Krankenhaus oder als schriftliches Verfahren stattfinden. Die Kontrollen sind in der Regel vor Ort und angemeldet im Krankenhaus durchzuführen. Unangemeldete Kontrollen sind nur zulässig, wenn eine angemeldete Kontrolle den Kontrollerfolg gefährden würde. Die konkreten und belastbaren Anhaltspunkte für unangemeldete Kontrollen werden im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch festgelegt. Eine Kontrolle im schriftlichen Verfahren soll nur dann erfolgen, wenn eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Erfüllung des Kontrollauftrages nicht erforderlich ist.

(2) Der MD stellt eine dem Kontrollgegenstand angemessene ärztliche oder pflegerische Qualifikation seiner Prüfer sicher.

§ 9 Verfahren bei angemeldeter Kontrolle vor Ort

(1) Bei einem Kontrollverfahren bei Qualitätskontrollen nach Anmeldung vor Ort im Krankenhaus übermittelt die beauftragende Stelle den Kontrollauftrag nach § 7 Absatz 1 zeitgleich an den MD und an das zu kontrollierende Krankenhaus. Führt eine Auftragsklärung zwischen MD und beauftragender Stelle zu einer Änderung des Kontrollauftrags, muss der neue Kontrollauftrag ebenfalls zeitgleich dem MD und dem Krankenhaus übermittelt werden. Der MD teilt dem Krankenhaus die Bestätigung des Kontrollauftrages sowie das Einleitungsdatum nach § 7 Absatz 2 Satz 2 mit. Für den Fall einer Rücknahme des Kontrollauftrags nach § 7 Absatz 2 Satz 5 teilt die beauftragende Stelle dies dem Krankenhaus mit.

(2) Der MD und das Krankenhaus sind verpflichtet, innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen ab Mitteilung des Einleitungsdatums den Kontrolltermin zu vereinbaren. Die Kontrolle ist innerhalb von 12 Wochen ab Beginn des Einleitungsdatums nach § 7 Absatz 2 durchzuführen. Ist eine Verständigung über diesen Termin nicht möglich, teilen MD und Krankenhaus dies jeweils der beauftragenden Stelle unter Angaben von Gründen schriftlich

mit. In diesem Fall legt die beauftragende Stelle einen Termin im Benehmen mit dem Krankenhaus und dem MD fest.

(3) Die vom Krankenhaus bereitzustellenden kontrollrelevanten Unterlagen sind dem Krankenhaus durch den MD innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Vereinbarung des Kontrolltermins schriftlich anzuzeigen.

(4) Nach § 276 Absatz 4a SGB V ist der MD befugt, am Kontrolltermin die Räume des Krankenhauses zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten zu betreten. Der MD ist befugt gemäß § 276 Absatz 4a SGB V die zur Erfüllung des Kontrollauftrages erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu verarbeiten soweit es im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch festgelegt und für die Kontrollen erforderlich ist. § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 SGB V gilt für die Durchführung dieser Kontrollen entsprechend. Die vorab benannten kontrollrelevanten Unterlagen sind dem MD beim Kontrolltermin zur Verfügung zu stellen. Kann das Krankenhaus am Kontrolltermin kontrollrelevante Unterlagen nicht vorlegen, teilt es dies dem MD und der beauftragenden Stelle unverzüglich unter Nennung der Gründe schriftlich mit. Die Kontrolle vor Ort wird auf Basis der vorhandenen Unterlagen durchgeführt. Ist dies aufgrund fehlender Unterlagen nicht abschließend möglich, verständigen sich das Krankenhaus und der MD auf das weitere Vorgehen und gegebenenfalls auf eine einvernehmliche Verlängerung der Kontrollfrist nach Absatz 2 Satz 2.

(5) Stellt sich während der Kontrolle heraus, dass diese am Kontrolltermin nicht beendet werden kann, so vereinbaren der MD und das Krankenhaus einen Folgetermin. Ist eine Verständigung über diesen Termin nicht möglich, teilen MD und Krankenhaus dies jeweils der beauftragenden Stelle unter Angaben von Gründen schriftlich mit. In diesem Fall legt die beauftragende Stelle einen Termin im Benehmen mit dem Krankenhaus und dem MD fest. Die Frist nach Absatz 2 Satz 2 darf sich dabei um maximal 4 Wochen verlängern.

(6) Das Krankenhaus hat dem MD alle für die Kontrolle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dem MD steht am Kontrolltermin ein auskunftsberechtigter Ansprechpartner für eine gemeinsame Erörterung der Sachverhalte und vorläufigen Kontrollergebnisse zur Verfügung.

§ 10 Verfahren bei unangemeldeter Kontrolle vor Ort

(1) Bei einem Kontrollverfahren bei unangemeldeten Qualitätskontrollen vor Ort im Krankenhaus bestätigt der MD den Kontrollauftrag gegenüber der beauftragenden Stelle nach § 5. Der MD teilt den Kontrollauftrag, das Einleitungsdatum nach § 7 Absatz 2 Satz 2 und die bereitzustellenden kontrollrelevanten Unterlagen dem Krankenhaus erst mit Beginn der Kontrolle vor Ort schriftlich mit. Die Anhaltspunkte sind gegenüber dem Krankenhaus nur offenzulegen, sofern die schutzwürdigen Interessen von Personen gemäß § 4 Absatz 2 Buchstabe d gewahrt bleiben und das Ziel der Qualitätskontrolle nicht beeinträchtigt wird.

(2) Der MD hat die Kontrolle innerhalb von sechs Wochen ab Beginn des Einleitungsdatums nach § 7 Absatz 2 Satz 2 durchzuführen.

(3) Das Krankenhaus ist verpflichtet, die kontrollrelevanten Unterlagen unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

(4) Nach § 276 Absatz 4a SGB V ist der MD befugt, die Räume des Krankenhauses zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten zu betreten. Der MD ist befugt gemäß § 276 Absatz 4a SGB V die zur Erfüllung des Kontrollauftrages erforderlichen Unterlagen einzusehen und

personenbezogene Daten zu verarbeiten soweit es im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch festgelegt und für die Kontrollen erforderlich ist. § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 SGB V gilt für die Durchführung dieser Kontrollen entsprechend.

(5) Die Kontrolle vor Ort wird auf Basis der vorhandenen Informationen, Erkenntnisse und Unterlagen durchgeführt. Kann das Krankenhaus am Kontrolltermin prüfrelevante Unterlagen nicht vorlegen, ist es verpflichtet, dem MD und der beauftragenden Stelle die Gründe dafür schriftlich zu benennen. Ist eine abschließende Kontrolle aufgrund fehlender Unterlagen nicht möglich, verständigen sich die beauftragende Stelle und der MD auf das weitere Vorgehen.

(6) Das Krankenhaus hat dem MD alle für die Kontrolle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dem MD steht am Kontrolltermin ein auskunftsberechtigter Ansprechpartner für eine gemeinsame Erörterung der Sachverhalte und vorläufigen Kontrollergebnisse zur Verfügung.

§ 11 Schriftliches Verfahren nach Aktenlage

(1) Bei Qualitätskontrollen, die als schriftliches Verfahren nach Aktenlage durchgeführt werden, übermittelt die beauftragende Stelle den Kontrollauftrag nach § 7 Absatz 1 zeitgleich an den MD und an das zu kontrollierende Krankenhaus. Führt eine Auftragsklärung zwischen MD und beauftragender Stelle zu einer Änderung des Kontrollauftrags, muss der neue Kontrollauftrag ebenfalls zeitgleich dem MD und dem Krankenhaus zugestellt werden. Der MD teilt dem Krankenhaus die Bestätigung des Kontrollauftrages sowie das Einleitungsdatum nach § 7 Absatz 2 Satz 2 mit. Für den Fall einer Rücknahme des Kontrollauftrags nach § 7 Absatz 1 teilt die beauftragende Stelle dies dem Krankenhaus mit.

(2) Die an den MD zu übermittelnden kontrollrelevanten Unterlagen sind dem Krankenhaus innerhalb von 8 Arbeitstagen nach Einleitungsdatum vom MD schriftlich anzuzeigen. Das Krankenhaus kann die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Kontrollauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. Die Übermittlung kann in Textform oder elektronisch erfolgen. Das Krankenhaus hat die angeforderten Unterlagen innerhalb von 6 Wochen nach Zugang der Anzeige nach Satz 1 an den MD zu übermitteln.

(3) Der MD ist befugt gemäß § 276 Absatz 4a SGB V die zur Erfüllung des Kontrollauftrages erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu verarbeiten soweit es im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch festgelegt und für die Kontrollen erforderlich ist. § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 SGB V gilt für die Durchführung dieser Kontrollen entsprechend. Das Krankenhaus hat auf Anforderung des MD personenbezogene Daten zu übermitteln.

(4) Kann das Krankenhaus prüfrelevante Unterlagen nicht fristgerecht übermitteln, teilt es dies dem MDK und der beauftragenden Stelle unverzüglich unter Nennung der Gründe schriftlich mit. Ist die Kontrolle aufgrund fehlender Unterlagen nicht abschließend möglich, verständigen sich das Krankenhaus und der MD auf das weitere Vorgehen und gegebenenfalls auf eine einvernehmliche Verlängerung der Kontrollfrist.

(5) Das Krankenhaus hat dem MD alle für die Kontrolle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dem MD steht telefonisch ein auskunftsberechtigter Ansprechpartner für eine gemeinsame Erörterung der Sachverhalte und vorläufigen Kontrollergebnisse zur Verfügung.

(6) Der MD hat die Kontrolle innerhalb von sechs Wochen ab Zugang der kontrollrelevanten Unterlagen nach Absatz 2 durchzuführen.

§ 12 Mitwirkungspflichten des Krankenhauses

(1) Das Krankenhaus ist gemäß § 276 Absatz 4a Satz 3 SGB V zur Mitwirkung verpflichtet. Kommt das Krankenhaus seinen Mitwirkungspflichten gemäß §§ 9 bis 11 sowie der zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen nicht nach, so teilt der MD dies unverzüglich der beauftragenden Stelle nach § 5 schriftlich mit. Hierüber wird das Krankenhaus vom MD informiert.

(2) Die beauftragende Stelle fordert das Krankenhaus unverzüglich schriftlich zur Mitwirkung und zur Stellungnahme innerhalb von zwei Wochen auf. Dem Krankenhaus wird mitgeteilt, dass bei weiterhin fehlender Mitwirkung nach Absatz 1 ohne tragfähige Begründung zum Ausbleiben der Mitwirkung eine Information an die zuständige Aufsichtsbehörde des Landes erfolgen kann.

(3) Kommt das Krankenhaus nach Aufforderung durch die beauftragende Stelle seinen Mitwirkungspflichten innerhalb der Frist nach Absatz 2 Satz 1 nach, verlängert sich der Kontrollzeitraum des MD nach §§ 9 bis 11 entsprechend des Zeitraumes des Verfahrens nach den Absatz 1 und 2. Der MD ist verpflichtet, in geeigneter Weise die Erfüllung der Mitwirkungspflichten des Krankenhauses zu ermöglichen.

(4) Kommt das Krankenhaus innerhalb der Frist nach Absatz 2 Satz 1 weiterhin seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und legt keine tragfähige Begründung zum Ausbleiben der Mitwirkung vor, so teilt die beauftragende Stelle dies dem MD mit. Der MD beendet seine Kontrolle mit dem Ergebnis, dass sie wegen fehlender Mitwirkung des Krankenhauses nicht durchgeführt werden konnte.

(5) Kommt das Krankenhaus seinen in Absatz 1 genannten Mitwirkungspflichten vollumfänglich nicht nach, ist dies der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen im Sinne des Kontrollgegenstandes gleichzustellen. Kommt das Krankenhaus seinen in Absatz 1 geregelten Mitwirkungspflichten teilweise nicht nach, kann dies abhängig vom Umfang und der Bedeutung der verweigerten Mitwirkungshandlung für die Durchführung der Qualitätskontrolle der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen im Sinne des Kontrollgegenstandes gleichgestellt werden. Dies ist von der beauftragenden Stelle zu begründen.

(6) Sofern eine Stelle gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 der Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V (QFD-RL) für die Bewertung von Qualitätsverstößen im Sinne des Kontrollgegenstandes zuständig ist, informiert die beauftragende Stelle diese Stelle über die fehlende Mitwirkung gemäß Absatz 5, die einer Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen gleichgestellt wird. Die beauftragende Stelle informiert die Aufsichtsbehörde des Landes zum selben Zeitpunkt wie den MD über die fehlende Mitwirkung des Krankenhauses gemäß Satz 1. Weitere Konsequenzen ergeben sich aus der QFD-RL.

§ 13 Mitwirkung Dritter

Es kann erforderlich sein, dass bei der Qualitätskontrolle der Kontrollgegenstände nach § 3 die Mitwirkung Dritter notwendig ist. Das Nähere hierzu wird im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch festgelegt.

§ 14 Berichterstellung durch den MD

(1) Der MD berichtet schriftlich über die durchgeführte Qualitätskontrolle (Kontrollbericht). Der Kontrollbericht enthält Angaben zum Kontrollgegenstand nach § 3, bei einer anhaltspunktbezogenen Kontrolle zu den Anhaltspunkten nach § 4, zu der beauftragenden Stelle nach § 5, zu Umfang, Art und Verfahren der Kontrolle gemäß der §§ 6 bis 11 sowie zu den im Rahmen der Kontrolle festgestellten Sachverhalten. Er enthält das auf den konkreten Kontrollauftrag bezogene und zu begründende Kontrollergebnis einschließlich einer Würdigung der im Rahmen der Erörterung vorgebrachten maßgeblichen Argumente des Krankenhauses.

(2) Soweit erforderlich darf der Kontrollbericht auch personenbezogene Daten enthalten. Soweit der Kontrollbericht an die beauftragende Stelle oder Dritte übermittelt wird, sind personenbezogene Daten vom MD zu anonymisieren. Soweit der Kontrollbericht an das Krankenhaus übermittelt wird, sind die schutzwürdigen Interessen von Personen gemäß § 4 Absatz 2 Buchstabe d zu wahren.

(3) Der Kontrollbericht ist innerhalb von sechs Wochen nach Abschluss der Kontrolle zu erstellen.

§ 15 Umgang mit dem Kontrollbericht und den Kontrollergebnissen

(1) Der MD übermittelt den Kontrollbericht unverzüglich an die beauftragende Stelle und an das kontrollierte Krankenhaus. Das Krankenhaus kann zum Kontrollbericht innerhalb von 10 Arbeitstagen ab Zugang des Berichtes gegenüber der beauftragenden Stelle eine Stellungnahme abgeben.

(2) Sofern darüber hinaus andere Stellen gemäß der QFD-RL für die Bewertung von Qualitätsverstößen oder die Durchsetzung von Qualitätsanforderungen im Sinne des Kontrollgegenstandes zuständig sind, ist der Kontrollbericht von der beauftragenden Stelle unverzüglich nach Ablauf der Frist nach Absatz 1 Satz 2 auch an die je nach Kontrollgegenstand zuständigen Stellen zu übermitteln.

(3) Der MD hat nach § 137 Absatz 3 Satz 4 SGB V bei erheblichen Verstößen gegen Qualitätsanforderungen die Kontrollergebnisse unverzüglich einrichtungsbezogen an Dritte zu übermitteln (Mitteilung). Ein erheblicher Verstoß gegen Qualitätsanforderungen ist insbesondere dann unverzüglich mitzuteilen, wenn er unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten, eines Krankenhausmitarbeiters oder einer anderen Person geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte. Der MD hat das Kontrollergebnis zum Vorliegen eines erheblichen Verstoßes in der Mitteilung nachvollziehbar zu begründen. Soweit erforderlich darf die Mitteilung nach Satz 1 auch personenbezogene Angaben enthalten. In der Mitteilung an die beauftragende Stelle und an Dritte sind personenbezogene Daten zu anonymisieren. In der Mitteilung an das Krankenhaus sind die schutzwürdigen Interessen von Personen gemäß § 4 Absatz 2 Buchstabe d zu wahren. Die Mitteilung ergeht zeitgleich an die beauftragende Stelle und das Krankenhaus. Dritte im Sinne von § 137 Absatz 3 Satz 4 SGB V sind die zuständigen Gesundheitsbehörden der Länder und kommunale Gesundheitsämter. Sofern weiteren Dritten die Mitteilung nach Satz 1 vom MD zu übermitteln ist, wird dies im Besonderen Teil richtlinien- bzw. beschlusspezifisch festgelegt.

(4) Das Krankenhaus kann die Durchführung einer erneuten Qualitätskontrolle bei einer beauftragenden Stelle beantragen, um die Beseitigung der vom MD festgestellten

Qualitätsmängel nachweisen zu können. In diesen Fällen hat die Qualitätskontrolle innerhalb von 12 Wochen ab Antragstellung durch das Krankenhaus zu erfolgen, sofern dies zur Feststellung der Beseitigung der Mängel erforderlich ist.

(5) Werden dem MD bei der Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilt er diese der beauftragenden Stelle sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit. Das Krankenhaus erhält hierzu die Gelegenheit, innerhalb einer Frist von 5 Arbeitstagen gegenüber dem MD sowie der beauftragenden Stelle Stellung zu nehmen. Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel verpflichten die beauftragende Stelle nach § 5 zu einem weiteren Kontrollauftrag, sofern er nach § 3 von dieser Richtlinie umfasst ist.

§ 16 Berichterstattung des Medizinischen Dienstes Bund an den G-BA

Einmal jährlich berichtet der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) dem G-BA auf Basis einer Abfrage bei den MD der Bundesländer bezogen auf die jeweiligen Kontrollgegenstände nach § 3 in aggregierter Form über den Umfang und die Ergebnisse der Qualitätskontrollen. Einzelne Krankenhäuser dürfen durch diesen Bericht nicht identifizierbar sein. Der G-BA entscheidet über die Veröffentlichung des Berichtes.

§ 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes gemäß dieser Richtlinie werden in den Krankenhäusern während der Zeit und über den Zeitraum der Pandemie zunächst bis 31. Oktober 2020 nicht durchgeführt. In dem Zeitraum 1. Dezember 2020 bis 31. März 2021 werden in den Krankenhäusern keine Qualitätskontrollen des medizinischen Dienstes gemäß dieser Richtlinie durchgeführt.

Teil B - Besonderer Teil

Abschnitt 1

Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Dieser Abschnitt des Besonderen Teils regelt gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Teil A weitere Kontrollen der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser auf der Grundlage von Anhaltspunkten für folgende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):

- a) Richtlinie gemäß § 136 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinien über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern/QSKH),
- b) Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 136c Absatz 1 und 2 SGB V (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – plan. QI-RL),
- c) Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

(2) Vorbehaltlich von Satz 2 gelten im Rahmen Ihres jeweiligen Anwendungsbereichs die Vorgaben der in Absatz 1 bestimmten Richtlinien. Für das Verfahren der weiteren Kontrollen dieses Abschnitts gelten abweichend und unberührt von den spezifischen Vorgaben zur Datenvalidierung der Richtlinien nach Absatz 1 die Vorgaben dieser Richtlinie. Sie sind durch die in diesem Abschnitt festgelegten Stellen zu beauftragen und müssen durch die in diesem Abschnitt bestimmten Anhaltspunkte begründet sein.

§ 2 Kontrollgegenstand und Zweck der weiteren Kontrollen

Die Kontrollen erfolgen jeweils auf Grundlage derjenigen Qualitätssicherungsdaten, die nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B durch die Krankenhäuser zu dokumentieren sind. Gegenstand der Kontrollen ist ein gezielter Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung der Qualitätssicherungsdaten mit der Patientenakte wegen konkreter Anhaltspunkte auf Dokumentationsmängel überprüft wird. Sinn und Zweck der weiteren Kontrollen ist eine ergänzende Datenvalidierung hinsichtlich möglicher weiterer Dokumentationsmängel, die im Rahmen der in den Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B geregelten Kontrollen nicht auffallen.

§ 3 Anhaltspunkte für die Beauftragung der Qualitätskontrolle

Anhaltspunkte gemäß § 4 Absatz 3 Satz 3 Teil A für die Beauftragung einer weiteren Kontrolle im Sinne dieses Abschnitts sind

- a) nicht nur unerhebliche Diskrepanzen zwischen einrichtungsbezogen aufgrund von G-BA-Richtlinien und -Beschlüssen veröffentlichten Ergebnissen der externen Qualitätssicherung und von im Rahmen der Abrechnung oder von Abrechnungsprüfungen vorgelegten Informationen,

- b) Hinweise auf Dokumentationsfehler in der externen Qualitätssicherung, die sich aus Meldungen von Versicherten oder sonstigen Dritten gemäß § 4 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe d Teil A oder auf der Grundlage publizierter Informationen über das Krankenhaus ergeben oder
- c) nicht nur unerhebliche Diskrepanzen zwischen den Angaben in Teil C1 des Qualitätsberichtes und weiteren Teilen des Qualitätsberichtes.

§ 4 Beauftragende Stelle

Mit der Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation von Qualitätssicherungsdaten eines Krankenhauses können

- a) die für die Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung verantwortlichen Gremien und die mit der Umsetzung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a Teil A,
- b) die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b Teil A

den MD beauftragen.

§ 5 Umfang der Qualitätskontrolle

(1) Die Kontrolle umfasst im Sinne von § 6 Teil A einen Abgleich der Qualitätssicherungsdaten mit den Patientenakten des Erfassungsjahres, auf das sich die Anhaltspunkte beziehen. Soweit erforderlich, kann die zuständige beauftragende Stelle in die Kontrolle Qualitätssicherungsdaten von bis zu zwei weiteren bereits abgeschlossenen Erfassungsjahren einbeziehen, die diesem Jahr vorangehen oder ihm nachfolgen. Somit umfasst die Kontrolle maximal drei Erfassungsjahre. In die Kontrolle dürfen nur ab dem 1. Juli 2017 erfasste Qualitätssicherungsdaten des Erfassungsjahres 2017 einbezogen werden.

(2) Die Kontrolle erfolgt standortbezogen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt. Die beauftragende Stelle bestimmt den zu kontrollierenden Krankenhausstandort. Mehrere Krankenhausstandorte können in die Kontrollen einbezogen werden, wenn dies aufgrund der Anhaltspunkte erforderlich ist.

(3) Die beauftragende Stelle kann einen oder mehrere der jeweils in den maßgeblichen Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B bestimmten Leistungsbereiche festlegen, die kontrolliert werden sollen. Dabei umfasst die Kontrolle den Leistungsbereich, auf den sich die Anhaltspunkte beziehen. Mehrere Leistungsbereiche können in die Kontrolle einbezogen werden, wenn dies aufgrund der Anhaltspunkte erforderlich ist.

(4) Ferner sind die Fälle im Sinne der jeweils maßgeblichen Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B auszuwählen, die in die Kontrolle einbezogen werden sollen. Die Auswahl kann entweder aufgrund einer gezielten oder einer zufälligen Auswahl erfolgen oder aufgrund einer Kombination aus Beidem.

(5) Bei einer gezielten Auswahl nach Absatz 4 erfolgt die Festlegung der zu kontrollierenden Fälle durch die beauftragende Stelle. Dabei sind Fälle in die Kontrolle einzubeziehen, auf die sich die Anhaltspunkte beziehen.

(6) Die zufällige Auswahl der zu kontrollierenden Fälle erfolgt durch das Institut nach § 137a SGB V. Die Auswahl umfasst in der Regel 20 zufällig ausgewählte Fälle je

Leistungsbereich und je Erfassungsjahr. Eine größere Anzahl von Fällen kann ausgewählt werden, wenn dies aus methodischen Gründen erforderlich ist. Liegt die Fallzahl des Standorts in dem jeweiligen Leistungsbereich unter 20, sind alle Fälle in die Kontrolle einzubeziehen.

(7) Die Kontrolle umfasst in der Regel mindestens diejenigen der jeweils in den maßgeblichen Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B festgelegten Datenfelder, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren des jeweiligen Leistungsbereichs verwendet werden. Darüber hinaus können von der beauftragenden Stelle weitere zu kontrollierende Datenfelder festgelegt werden, wenn dies aufgrund der Anhaltspunkte erforderlich ist.

§ 6 Art und Verfahren der Kontrolle

(1) Bei Vorliegen eines Anhaltspunkts nach § 3 Teil B erteilt die beauftragende Stelle nach § 4 Teil B dem MD einen Kontrollauftrag gemäß § 7 Teil A. In diesem sind auch die spezifischen Festlegungen nach § 5 Teil B zu begründen.

(2) Die Kontrollen erfolgen ausschließlich nach Anmeldung vor Ort im Krankenhaus nach den Vorgaben des § 9 Teil A.

(3) Der MD informiert das Institut nach § 137a SGB V sowie bei indirekten bzw. länderbezogenen Verfahren die jeweilige mit der Umsetzung der Qualitätssicherung beauftragte Stelle auf der Landesebene unverzüglich nach Abschluss der Auftragsklärung gemäß § 7 Absatz 1 und 2 Teil A über den Kontrollauftrag.

(4) Das Institut nach § 137a SGB V übermittelt innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Information gemäß Absatz 3 die Vorgangsnummern der zu kontrollierenden Fälle im Sinne der jeweils maßgeblichen Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B sowie die jeweiligen von den Krankenhäusern übermittelten Datensätze in elektronischer Form an die jeweiligen Datenannahmestellen, die diese unverzüglich an den MD weitergeben. Dabei ist sicherzustellen, dass dem MD diejenigen Vorgangsnummern übermittelt werden, die dem Krankenhaus die Reidentifikation der zu kontrollierenden Fälle ermöglichen.

(5) Der MD teilt dem Krankenhaus abweichend von der in § 9 Absatz 3 Teil A vorgegebenen Frist die Vorgangsnummern der zu kontrollierenden Fälle spätestens 2 Arbeitstage nach der Übermittlung an den MD, mindestens jedoch 10 Arbeitstage vor dem Kontrolltermin mit.

(6) Das Krankenhaus stellt dem MD über den gesamten Kontrollzeitraum vor Ort die vollständige Patientendokumentation, soweit diese für die Durchführung des Kontrollauftrags erforderlich ist, der anhand der übermittelten Vorgangsnummern identifizierten Krankenhaufälle zur Einsicht und Verarbeitung im Sinne von § 9 Absatz 4 Satz 2 Teil A zur Verfügung.

(7) Die Dokumentation des gezielten Datenabgleichs im Krankenhaus erfolgt soweit möglich nach einheitlichen Vorgaben mit Hilfe standardisierter Dokumente in elektronischer oder Papierform, die vom Institut nach § 137a SGB V vorgegeben werden.

§ 7 Umgang mit dem Kontrollbericht und den Kontrollergebnissen

(1) Der MD erstellt einen Kontrollbericht nach Maßgabe von § 14 Teil A. Aus dem Kontrollbericht muss insbesondere für jeden zu kontrollierenden Fall und für jedes zu kontrollierende Datenfeld hervorgehen, ob eine Übereinstimmung zwischen Patientenakte und Dokumentation für die Qualitätssicherung besteht oder nicht. Wenn eine solche Festlegung nicht getroffen werden kann, sind die Gründe hierfür im Einzelnen darzustellen.

(2) Der MD übermittelt den Kontrollbericht nach Maßgabe des § 15 Absatz 1 Teil A. Die beauftragende Stelle übermittelt den Kontrollbericht

- a) bei weiteren Kontrollen nach § 1 Absatz 1 Buchstabe a (QSKH-RL) und Buchstabe b (plan. QI-RL) Teil B je nach Zuständigkeit an das Institut nach § 137a SGB V oder die jeweils auf Landesebene beauftragte Stelle oder an Beide,
- b) bei weiteren Kontrollen nach § 1 Absatz 1 Buchstabe c (DeQS-RL) Teil B je nach Zuständigkeit an die Bundesstelle oder die LAG oder an Beide,

wenn dies zur Erfüllung der ihnen nach der jeweils maßgeblichen Richtlinie übertragenen Aufgaben erforderlich ist.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Abschnitt 2

Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Unterabschnitt 1

Allgemeine Vorschriften

§ 8 Anwendungsbereich und Kontrollgegenstand

(1) Dieser Abschnitt des Besonderen Teils regelt gemäß § 3 Satz 2 Buchstabe b Teil A die Kontrolle der Einhaltung der Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die von den Krankenhäusern gemäß der G-BA Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erfüllen sind. Die Richtlinien, auf die der Abschnitt 2 Anwendung findet, ergeben sich aus der Anlage.

(2) Die Kontrolle erfolgt standortbezogen. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt. In den Fällen, in denen die Qualitätsanforderungen in der zu kontrollierenden Richtlinie nicht standortbezogen definiert wurden, ist die Erfüllung der Qualitätsanforderung in dem Krankenhaus zu kontrollieren, an dem die richtlinienrelevanten Anforderungen zu erfüllen sind.

(3) Die Kontrolle der Einhaltung der in den Richtlinien nach der Anlage festgelegten Qualitätsanforderungen kann gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 Teil A auf der Grundlage von Anhaltspunkten, als Stichprobenprüfung oder als anlassbezogene Kontrolle erfolgen.

§ 9 Umgang mit dem Kontrollbericht und den Kontrollergebnissen

(1) Der MD erstellt einen Kontrollbericht nach Maßgabe von § 14 Teil A. Der MD übermittelt den Kontrollbericht nach Maßgabe des § 15 Teil A.

(2) Für jede kontrollierte Qualitätsanforderung wird im Kontrollbericht nach § 14 Absatz 1 Teil A dargestellt, ob diese vom Krankenhausstandort eingehalten wird, nicht eingehalten wird oder ob die Einhaltung nicht beurteilt werden kann. Auch bei fehlender Beurteilbarkeit sind die Gründe hierfür vom MD darzustellen.

(3) Zur Bereinigung der nach § 15 Absatz 2 Teil B zu ermittelnden Grundgesamtheit informiert die beauftragende Stelle das Institut nach § 137a SGB V nach Abschluss der Kontrollen über die kontrollierten Krankenhausstandorte und das jeweilige Kontrollergebnis. Das Institut registriert diese Angaben für einen Zeitraum von drei Jahren.

Unterabschnitt 2

Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten

§ 10 Anhaltspunkte für die Beauftragung der Qualitätskontrollen

- (1) Die Qualitätskontrollen erfolgen aufgrund von konkreten und belastbaren Anhaltspunkten gemäß § 4 Absatz 1 Teil A in Verbindung mit § 4 Absatz 2 Teil A.
- (2) Anhaltspunkte gemäß § 4 Absatz 2 Teil A, für die Beauftragung einer Kontrolle im Sinne dieses Abschnitts sind:
 - a) Implausibilitäten zwischen den Angaben des Qualitätsberichts oder anderen im Rahmen der Qualitätssicherung des G-BA übermittelten Angaben und von im Rahmen der Abrechnung oder von Abrechnungsprüfungen vorgelegten Informationen,
 - b) Implausibilitäten zwischen den Angaben des Qualitätsberichts oder anderen im Rahmen der Qualitätssicherung des G-BA übermittelten Angaben und der Eigendarstellung des Krankenhauses, z. B. in seinem Internetauftritt,
 - c) Auffälligkeiten aufgrund von Selbstauskünften des Krankenhausstandortes bzgl. der Einhaltung der Vorgaben der einzelnen Richtlinien nach der Anlage im Rahmen der Verhandlungen nach § 11 KHEntgG,
 - d) Erkenntnisse aus Abrechnungsprüfungen bei Einzelfällen,
 - e) Erkenntnisse im Rahmen der Unterstützung von Versicherten nach § 66 SGB V,
 - f) Erkenntnisse entweder durch mehrfache Meldungen von Versicherten oder sonstigen Dritten zum selben Sachverhalt oder Kontrollgegenstand oder durch eine besonders fundierte Meldung eines Versicherten oder sonstigen Dritten zu einem Sachverhalt oder Kontrollgegenstand.

§ 11 Beauftragende Stelle bei anhaltspunktbezogenen Kontrollen

Mit der Kontrolle der Einhaltung der in den Richtlinien nach der Anlage festgelegten Qualitätsanforderungen können

- a. die für die Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung verantwortlichen Gremien und die mit der Umsetzung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a Teil A,
- b. die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b Teil A

den MD beauftragen.

§ 12 Einleitung des Kontrollverfahrens bei anhaltspunktbezogenen Kontrollen

- (1) Liegen Anhaltspunkte nach § 10 Absatz 2 Teil B vor, entscheidet die beauftragende Stelle gemäß § 11 Teil B nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einleitung einer Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen.

(2) Die Einleitung eines Kontrollverfahrens ist ausgeschlossen, wenn zwischen der möglichen Nichteinhaltung der Qualitätsanforderung, auf die der Anhaltspunkt hinweist, und der geplanten Einleitung des Kontrollverfahrens mehr als 36 Monate verstrichen sind.

§ 13 Umfang der anhaltspunktbezogenen Qualitätskontrolle

(1) Die jeweiligen Anhaltspunkte definieren den Umfang der Qualitätskontrolle, der dem MD von der beauftragenden Stelle innerhalb des Kontrollauftrages vorzugeben ist. Liegen konkrete und belastbare Anhaltspunkte gemäß § 10 Absatz 2 Teil B vor, die auf die Nichteinhaltung von einer bis zu drei Qualitätsanforderungen hinweisen, die in der maßgeblichen Richtlinie nach der Anlage festgelegt sind, hat sich die Qualitätskontrolle auf die Kontrolle der Einhaltung dieser Qualitätsanforderungen zu beschränken. Gibt es Anhaltspunkte, die auf die Nichteinhaltung von mehr als drei Qualitätsanforderungen hinweisen, die in der maßgeblichen Richtlinie nach der Anlage festgelegt sind, kann die Kontrolle die Einhaltung aller in der jeweiligen Richtlinie formulierten Qualitätsanforderungen umfassen.

Befindet sich der zu kontrollierende Krankenhausstandort zum Zeitpunkt der Beauftragung oder der Kontrolle in einem klärenden Dialog gemäß einer Richtlinie nach der Anlage, sind die Qualitätsanforderungen, aufgrund derer der klärende Dialog durchgeführt wird, nicht in die Kontrolle einzubeziehen.

(2) Die Kontrolle aufgrund von Anhaltspunkten gemäß § 10 Absatz 2 Teil B kann sich auf die Einhaltung der Qualitätsanforderungen innerhalb der letzten 12 Monate vor Beauftragung der Kontrolle beziehen. In begründeten Ausnahmefällen kann der Kontrollzeitraum auf bis zu 24 Monate vor Beauftragung ausgedehnt werden.

(3) Die beauftragende Stelle bestimmt den zu kontrollierenden Krankenhausstandort. Es können mehrere Krankenhausstandorte in die Kontrollen einbezogen werden, wenn dies aufgrund der Anhaltspunkte erforderlich ist.

§ 14 Art und Verfahren der anhaltspunktbezogenen Kontrolle

(1) Die beauftragende Stelle hat in ihrem Kontrollauftrag festzulegen, welche der drei gemäß § 8 Absatz 1 Teil A möglichen Arten der Kontrolle zum Tragen kommt.

(2) Anhaltspunkte gemäß § 10 Absatz 2 Teil B können zu unangemeldeten Kontrollen führen. Unangemeldete Kontrollen sind nur zulässig, wenn eine angemeldete Kontrolle den Kontrollerfolg gefährden würde, oder wenn Gefahr in Verzug besteht und unverzügliches Handeln geboten ist. Dies kann der Fall sein, wenn durch eine Anmeldung der Kontrolle – insbesondere durch die dann verpflichtend vorzunehmende Terminabstimmung – der Anhaltspunkt durch Zeitablauf entfallen oder ihm auf andere Weise abgeholfen werden könnte.

(3) Bei Vorliegen eines Anhaltspunktes nach § 10 Teil B erteilt die beauftragende Stelle nach § 11 Teil B dem MD einen Kontrollauftrag gemäß § 7 Teil A. In diesem ist auch der Umfang der Qualitätskontrolle im Sinne des § 13 Teil B festzulegen und zu begründen.

(4) In Fällen, in denen gemäß § 13 Abs. 1 Teil B die Einhaltung aller Qualitätsanforderungen der jeweiligen Richtlinie gemäß der Anlage kontrolliert wird und eine Checkliste Teil dieser Richtlinie ist, hat der MD für seine Kontrolle die Checkliste heranzuziehen.

(5) Der MD ist im Rahmen seiner Befugnis gemäß § 276 Absatz 4a SGB V, die für die Kontrolle erforderlichen Unterlagen einzusehen, berechtigt, personenbezogene Daten der Krankenhausmitarbeiter und der Versicherten zu verarbeiten, soweit dies für die Kontrolle der Einhaltung der in den Richtlinien nach der Anlage festgelegten Qualitätsanforderungen erforderlich ist.

(6) Sofern die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Richtlinie nach der Anlage die Einsicht in die Patientendokumentation erfordert, erfolgt die Ziehung einer Zufallsstichprobe aus den jeweils richtlinienrelevanten Behandlungsfällen durch den MD. Die Stichprobe umfasst 20 Behandlungsfälle des zu kontrollierenden richtlinienbezogenen Leistungsbereichs. Liegt die Behandlungsfallzahl des Standorts in dem jeweiligen Leistungsbereich unter 20, sind alle Behandlungsfälle in die Kontrolle einzubeziehen. Das Krankenhaus stellt dem MD alle zur Ziehung der Stichprobe notwendigen Fallnummern aus dem Kontrollzeitraum zur Verfügung. Die Fallnummern müssen die eindeutige Zuordnung einer Patientin oder eines Patienten zu einem konkreten Krankenhausaufenthalt ermöglichen.

Unterabschnitt 3

Kontrollen aufgrund von Stichproben

§ 15 Stichprobenziehung

(1) Neben den Qualitätskontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sind, finden ab dem Kalenderjahr 2023 jährliche richtlinienbezogene Stichprobenprüfungen statt.

(2) Grundlage für eine Stichprobenprüfung der Einhaltung der in den Richtlinien nach der Anlage festgelegten Qualitätsanforderungen ist die jährliche Ermittlung einer Grundgesamtheit aller Standorte, an denen jeweils richtlinienrelevante Leistungen erbracht werden. Die Ermittlung der Grundgesamtheit erfolgt richtlinienbezogen bundesweit jährlich bis zum 30.06. durch das Institut nach § 137a SGB V. Grundlage für die Ermittlung der Grundgesamtheit bilden die dem Institut nach § 137a SGB V aus den Verfahren der Richtlinien nach der Anlage bekannten Krankenhausstandorte, an denen jeweils richtlinienrelevante Leistungen erbracht werden. Für die Richtlinien, zu denen dem Institut nach § 137a SGB V keine entsprechenden Informationen vorliegen, melden die Krankenkassen oder von Krankenkassen beauftragte Institutionen jährlich bis zum 30.06. richtlinienbezogen alle Krankenhausstandorte mit mindestens einem im vorangegangenen Kalenderjahr abgerechneten Behandlungsfall an das Institut nach § 137a SGB V. Die richtlinienbezogenen Kriterien zur Ermittlung der relevanten Behandlungsfälle ergeben sich aus den Anwendungsbereichen der jeweiligen Richtlinien nach der Anlage. Das Institut nach § 137a SGB V bereinigt die übermittelten Krankenhausstandorte um Dubletten und diejenigen

Standorte, bei denen innerhalb der letzten drei Jahre eine Qualitätskontrolle nach diesem Abschnitt durchgeführt wurde, bei der die Einhaltung aller Qualitätsanforderungen kontrolliert und keine Mängel festgestellt wurden.

(3) Die Ziehung der Zufallsstichprobe wird jährlich bis zum 31.07. durch das Institut nach §137a SGB V vorgenommen. Dabei werden aus der Grundgesamtheit richtlinienspezifisch jeweils 9 Prozent der Krankenhausstandorte gezogen. Hierbei ist je Richtlinie gemäß der Anlage mindestens ein Standort in die Stichprobenprüfung einzubeziehen.

(4) Das Institut nach § 137a SGB V teilt das Ergebnis der Ziehung unverzüglich der zuständigen beauftragenden Stelle mit.

§ 16 Beauftragende Stelle bei Stichprobenprüfungen

Beauftragende Stellen bei Stichprobenprüfungen sind die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b Teil A. Die Beauftragung erfolgt bundeslandbezogen jeweils gemeinsam und einheitlich.

§ 17 Einleitung des Kontrollverfahrens bei Stichprobenprüfungen

Die beauftragende Stelle hat für die gemäß § 15 Absatz 3 Teil B gezogenen Krankenhausstandorte eine Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen einzuleiten.

§ 18 Umfang der Qualitätskontrolle bei Stichprobenprüfungen

(1) Bei Stichprobenprüfungen wird in den nach § 15 Absatz 3 Teil B gezogenen Krankenhausstandorten die Einhaltung aller Qualitätsanforderungen der jeweiligen Richtlinie nach der Anlage kontrolliert. Befindet sich der zu kontrollierende Krankenhausstandort zum Zeitpunkt der Beauftragung oder der Kontrolle in einem klärenden Dialog gemäß einer Richtlinie nach der Anlage, sind die Qualitätsanforderungen, aufgrund derer der klärende Dialog durchgeführt wird, nicht in die Kontrolle einzubeziehen.

(2) Die Kontrolle kann bis zu 9 zurückliegende Monate ab dem Zeitpunkt der Mitteilung des Ergebnisses der Stichprobenziehung gemäß § 15 Absatz 4 Teil B umfassen.

§ 19 Art und Verfahren der Stichprobenprüfung

(1) Die Kontrolle erfolgt nach Anmeldung vor Ort in dem im Rahmen der Stichprobenziehung gezogenen Krankenhausstandort nach den Vorgaben des § 9 Teil A.

(2) Die beauftragende Stelle erteilt dem MD jährlich bis zum 31.08. einen Kontrollauftrag gemäß § 7 Teil A.

(3) Im Rahmen der Auftragsklärung nach § 7 Absatz 1 Satz 4 und Satz 5 Teil A stellt die beauftragende Stelle zunächst fest, ob an dem gezogenen Krankenhausstandort die jeweiligen richtlinienbezogenen Leistungen erbracht werden. Erklärt das Krankenhaus abweichend von § 7 Absatz 1 Satz 5 Teil A unverzüglich, spätestens innerhalb von 10 Arbeitstagen schriftlich, keine richtlinienrelevanten Leistungen zu erbringen, nimmt die beauftragende Stelle den

Kontrollauftrag zurück.

(4) Sofern Teil der Richtlinie, deren Einhaltung kontrolliert werden soll, eine Checkliste ist, hat der MD für seine Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß den Richtlinien nach der Anlage die Checkliste heranzuziehen.

(5) Der MD ist im Rahmen seiner Befugnis gemäß § 276 Absatz 4a SGB V, die für die Kontrolle erforderlichen Unterlagen einzusehen, berechtigt, personenbezogene Daten der Krankenhausmitarbeiter und der Versicherten zu verarbeiten, soweit dies für die Kontrolle der Einhaltung der in den Richtlinien nach der Anlage festgelegten Qualitätsanforderungen erforderlich ist.

(6) Sofern die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Richtlinie nach der Anlage die Einsicht in die Patientendokumentation erfordert, erfolgt die Ziehung einer Zufallsstichprobe aus den jeweils richtlinienrelevanten Behandlungsfällen durch den MD. Die Stichprobe umfasst 20 Behandlungsfälle des zu kontrollierenden richtlinienbezogenen Leistungsbereichs. Liegt die Behandlungsfallzahl in dem jeweiligen Leistungsbereich unter 20, sind alle Behandlungsfälle in die Kontrolle einzubeziehen. Das Krankenhaus stellt dem MD alle zur Ziehung der Stichprobe notwendigen Fallnummern aus dem Kontrollzeitraum zur Verfügung. Die Fallnummern müssen die eindeutige Zuordnung einer Patientin oder eines Patienten zu einem konkreten Krankenhausaufenthalt ermöglichen.

Unterabschnitt 4

Anlassbezogene Kontrollen

§ 20 Anlässe für die Kontrollen

(1) Neben den Qualitätskontrollen auf Grundlage von Anhaltspunkten und den jährlichen Stichprobenprüfungen finden anlassbezogene Kontrollen statt.

(2) Anlass für eine solche Kontrolle ist

- a. die erstmalige Nachweisführung eines Krankenhauses über das Erfüllen der Qualitätsanforderungen im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß der jeweils maßgeblichen Richtlinie im Sinne der Anlage,
- b. die Nachweisführung eines Krankenhauses über das Erfüllen der Qualitätsanforderungen im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß der jeweils maßgeblichen Richtlinie im Sinne der Anlage, nachdem die entsprechende Leistung in mindestens 12 aufeinanderfolgenden Monaten nicht erbracht wurde,
- c. die Nachweisführung eines Krankenhauses über das Erfüllen der Qualitätsanforderungen im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß der jeweils maßgeblichen Richtlinie im Sinne der Anlage, nachdem bei einer vorausgegangenen Kontrolle nach Maßgabe des Abschnitts 2 Teil B die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festgestellt wurde,
- d. die Gewährung befristeter Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten nach § 17b Absatz 1a Nummer 5 KHG.

- (3) Die Anlässe für eine Kontrolle gemäß Absatz 2 Buchstaben a, b und d gelten nicht für Krankenhäuser, bei denen im Rahmen von bereits zuvor erfolgten Kontrollen nach Abschnitt 2 die Einhaltung aller maßgeblichen Qualitätsanforderungen kontrolliert und keine Mängel festgestellt wurden.
- (4) Bis zum 31.12.2022 gilt der Anlass nach Absatz 2 Buchstabe a mit der Maßgabe, dass vorbehaltlich Absatz 3 die Nachweisführung aller Krankenhäuser über das Erfüllen der Qualitätsanforderungen im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß der jeweils maßgeblichen Richtlinie im Sinne der Anlage einmalig für das Kalenderjahr 2020, 2021 oder 2022 zu überprüfen ist. Hierbei ist der gemäß § 17 Teil A definierte Zeitraum zu berücksichtigen, innerhalb dessen keine Kontrollen durchgeführt werden dürfen, und der auch nach Ende des Zeitraums nicht Gegenstand einer Kontrolle sein darf.

§ 21 Beauftragende Stelle bei anlassbezogenen Kontrollen

Beauftragende Stellen für die anlassbezogenen Kontrollen sind die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b Teil A.

§ 22 Einleitung des Kontrollverfahrens bei anlassbezogenen Kontrollen

Die beauftragende Stelle hat bei Vorliegen eines Anlasses im Sinne des § 20 Absatz 2 Buchstabe a bis c eine Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen einzuleiten. Die beauftragende Stelle entscheidet bei Vorliegen eines Anlasses im Sinne des § 20 Absatz 2 Buchstabe d nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einleitung einer anlassbezogenen Kontrolle. Bei den Kontrollen im Rahmen von § 20 Absatz 4 entscheidet die beauftragende Stelle nach pflichtgemäßem Ermessen im Benehmen mit dem zuständigen MD, ob die Kontrolle der Nachweisführung für das Kalenderjahr 2020, 2021 oder 2022 einzuleiten ist. § 20 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 23 Umfang der Qualitätskontrolle bei anlassbezogenen Kontrollen

- (1) Die anlassbezogene Kontrolle gemäß § 20 Absatz 2 Buchstaben a, b und d umfasst die Überprüfung der Einhaltung der im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß der jeweils maßgeblichen Richtlinie im Sinne der Anlage nachzuweisenden Qualitätsanforderungen. Dies gilt entsprechend für die Kontrollen im Rahmen von § 20 Absatz 4.
- (2) Die anlassbezogene Kontrolle gemäß § 20 Absatz 2 Buchstabe c umfasst die Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen, für die bei einer vorausgegangenen Kontrolle nach Maßgabe des Abschnitts 2 Teil B eine Nichteinhaltung festgestellt wurde.
- (3) Überprüft wird die Einhaltung der Qualitätsanforderungen zum Zeitpunkt der Kontrolle.

§ 24 Art und Verfahren der anlassbezogenen Kontrollen

- (1) Die Kontrolle erfolgt nach Anmeldung vor Ort nach den Vorgaben des § 9 Teil A. Bei Kontrollen gemäß § 20 Absatz 2 Buchstabe c entscheidet die beauftragende Stelle nach pflichtgemäßem Ermessen, ob diese auch im schriftlichen Verfahren nach Aktenlage gemäß den Vorgaben des § 11 Teil A durchgeführt werden können.

- (2) Die beauftragende Stelle erteilt bei anlassbezogenen Kontrollen gemäß § 20 Absatz 2 Buchstabe a, b, c oder d dem MD innerhalb von 3 Monaten einen Kontrollauftrag gemäß § 7 Teil A. Zur Durchführung der Kontrollen gemäß § 20 Absatz 4 planen die beauftragenden Stellen im Benehmen mit dem zuständigen MD die zeitliche Taktung der Kontrollaufträge.
- (3) Sofern Teil des Nachweisverfahrens gemäß der jeweils maßgeblichen Richtlinie im Sinne der Anlage eine Checkliste ist, hat der MD für seine Kontrolle die Checkliste heranzuziehen.
- (4) Der MD ist im Rahmen seiner Befugnis gemäß § 276 Absatz 4a SGB V, die für die Kontrolle erforderlichen Unterlagen einzusehen, berechtigt, personenbezogene Daten der Krankenhausmitarbeiter und der Versicherten zu verarbeiten, soweit dies für die Kontrolle der Einhaltung der in den Richtlinien nach der Anlage festgelegten Qualitätsanforderungen erforderlich ist.
- (5) Sofern die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Richtlinie nach der Anlage die Einsicht in die Patientendokumentation erfordert, erfolgt die Ziehung einer Zufallsstichprobe aus den jeweils richtlinienrelevanten Behandlungsfällen durch den MD. Die Stichprobe hat 20 Behandlungsfälle des zu kontrollierenden richtlinienbezogenen Leistungsbereichs zu umfassen, die zum Zeitpunkt der Kontrolle nicht länger als 3 Monate zurückliegen. Liegt die Behandlungsfallzahl in dem jeweiligen Leistungsbereich unter 20, sind alle Behandlungsfälle in die Kontrolle einzubeziehen. Das Krankenhaus stellt dem MD alle zur Ziehung der Stichprobe notwendigen Fallnummern aus dem Kontrollzeitraum zur Verfügung. Die Fallnummern müssen die eindeutige Zuordnung einer Patientin oder eines Patienten zu einem konkreten Krankenhausaufenthalt ermöglichen.

Anlage Richtlinien gemäß Abschnitt 2 Teil B

1. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL
2. Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma – QBAA-RL
3. Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen – MHI-RL
4. Richtlinie zur Kinderherzchirurgie – KiHe-RL
5. Richtlinie zur Kinderonkologie – KiOn-RL
6. Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx-RL

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.