



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von
Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2
SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13
SGB V

(Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-
RL)

in der Fassung vom 20. September 2005
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684)
in Kraft getreten am 1. Januar 2006

zuletzt geändert am 21. April 2022
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.06.2022 B3)
in Kraft getreten am 1. April 2022

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

Präambel.....	3
§ 1 Regelungsinhalt	3
§ 2 Voraussetzung der Leistungserbringung.....	3
§ 3 Stufen der perinatologischen Versorgung	3
§ 4 Risiko-adaptierte Versorgung Schwangerer.....	4
§ 5 Risiko-adaptierte Verlegung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm.....	4
§ 6 Nachweisverfahren	5
§ 7 Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen der Versorgungsstufen I und II.....	5
§ 8 Klärender Dialog.....	5
§ 9 Bindung der einbezogenen Organisationen.....	8
§ 10 Strukturabfrage bei den Perinatalzentren und Einrichtungen mit perinatologischem Schwerpunkt.....	8
§ 11 Bewertung des Umsetzungsgrads der Richtlinie.....	9
§ 12 Ausnahmetatbestände	9
§ 13 Übergangsregelung	10
Anlage 1 Aufnahme- und Zuweisungskriterien	
Anlage 2 Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen	
Anlage 3 Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen an die perinatologischen Versorgungsstufen I bis III	
Anlage 4 Veröffentlichung der Ergebnisdaten der Perinatalzentren	
Anlage 5 Musterformular/Dokumentationshilfe zur schichtbezogenen Dokumentation von Fallzahl und Personaleinsatz auf der NICU	
Anlage 6 Datenfelder der Strukturabfrage	
Anlage 7 Einheitliches Berichtsformat der Lenkungsgremien an den G-BA gemäß § 8 Absatz 11 QFR-RL	

Präambel

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt diese Richtlinie als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V, die die Qualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen weiter verbessern soll.

§ 1 Regelungsinhalt

(1) Die Ziele dieser Richtlinie bestehen in:

1. der Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen,
2. der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden, das heißt allerorts zumutbaren Erreichbarkeit der Einrichtungen.

(2) ¹Hierzu definiert diese Richtlinie ein Stufenkonzept der perinatalogischen Versorgung. ²Sie regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von bestimmten Schwangeren und von Früh- und Reifgeborenen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. ³Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen. 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. ⁴Zur Optimierung der perinatalogischen Versorgung haben Zuweisungen von Schwangeren in die Einrichtung nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes zu erfolgen.

§ 2 Voraussetzung der Leistungserbringung

Die Krankenhäuser müssen die Anforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen.

§ 3 Stufen der perinatalogischen Versorgung

(1) Die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Zuweisungs- bzw. Aufnahmekriterien für die vier Versorgungsstufen werden in den Anlagen zu dieser Richtlinie vorgegeben.

(2) Das Versorgungskonzept dieser Richtlinie umfasst entsprechend den Aufnahme- und Zuweisungskriterien in Anlage 1 die folgenden vier Stufen:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1,
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2,
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt,
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik.

§ 4 Risiko-adaptierte Versorgung Schwangerer

- (1) Schwangere mit einem Risiko gemäß den in Anlage 1 festgelegten Aufnahme- und Zuweisungskriterien dürfen nur in einer Einrichtung aufgenommen und versorgt werden, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (2) Erfüllt eine von den Schwangeren aufgesuchte Einrichtung die Anforderungen für das jeweilige Risiko der Schwangeren nicht und bedarf es nach Einschätzung der Krankenhausärztinnen und -ärzte einer Krankenhausbehandlung, so ist unverzüglich der Transport der Schwangeren in eine Einrichtung zu veranlassen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (3) Bereits von einer Einrichtung aufgenommene Schwangere, bei denen ein Risiko gemäß den in Anlage 1 festgelegten Aufnahme- und Zuweisungskriterien eintritt, sind unverzüglich in eine Einrichtung zu verlegen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (4) ¹Im begründeten Einzelfall kann von den Regelungen in den Absätzen 1 bis 3 abgewichen werden, sofern ein solcher Einzelfall unter Abwägung der Risiken für Mutter und Kind und des medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfs dies erforderlich macht. ²Jede Einzelfallentscheidung ist unter Angabe der jeweiligen Abwägungsbelange zu dokumentieren.

§ 5 Risiko-adaptierte Verlegung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm

- (1) Frühgeborene mit einem aktuellen Gewicht unter 1250 Gramm dürfen in begründeten Einzelfällen in eine Einrichtung der Versorgungsstufe I oder II verlegt werden, wenn dies unter Einbeziehung mindestens der Risiken des Transports und der möglicherweise nicht erfolgenden Einhaltung der in dieser Richtlinie festgelegten Mindestanforderungen medizinisch und psychosozial angemessen erscheint und eine begründete medizinische Versorgungsnotwendigkeit besteht.
- (2) Frühgeborene mit einem aktuellen Gewicht ab 1250 Gramm dürfen in begründeten Einzelfällen in eine Einrichtung der Versorgungsstufe I, II oder III verlegt werden, wenn dies unter Einbeziehung mindestens der Risiken des Transports und der möglicherweise nicht erfolgenden Einhaltung der in dieser Richtlinie festgelegten Mindestanforderungen medizinisch und psychosozial angemessen erscheint und eine begründete medizinische Versorgungsnotwendigkeit besteht.
- (3) Eine wohnortnahe Verlegung von Frühgeborenen mit einem aktuellen Gewicht unter 1250 Gramm darf ab dem 29. Lebenstag in eine Einrichtung der Versorgungsstufe I oder II vorgenommen werden, wenn dies unter Einbeziehung mindestens der Risiken des Transports und der möglicherweise nicht erfolgenden Einhaltung der in dieser Richtlinie für die Versorgung Frühgeborener festgelegten Mindestanforderungen medizinisch und psychosozial angemessen erscheint.
- (4) Eine wohnortnahe Verlegung von Frühgeborenen mit einem aktuellen Gewicht ab 1250 Gramm darf ab dem 29. Lebenstag in eine Einrichtung der Versorgungsstufe I, II oder III vorgenommen werden, wenn dies unter Einbeziehung mindestens der Risiken des Transports und der möglicherweise nicht erfolgenden Einhaltung der in dieser Richtlinie für die

Versorgung Frühgeborener festgelegten Mindestanforderungen medizinisch und psychosozial angemessen erscheint.

(5) Die Verlegungsentscheidung ist unter Angabe der jeweiligen Abwägungsbelange für jedes Kind zu dokumentieren.

(6) Zur Sicherstellung von Entwicklung und Aufrechterhaltung der Bindung zwischen Mutter und Kind ist es grundsätzlich anzustreben, dass Mutter und Kind in größtmöglicher Nähe zueinander untergebracht und gegebenenfalls gemeinsam verlegt werden.

§ 6 Nachweisverfahren

(1) Die Einrichtung muss jederzeit die Anforderungen der jeweiligen Versorgungsstufe an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dieser Richtlinie erfüllen.

(2) Im Falle der Nichterfüllung einzelner Anforderungen ist die Einrichtung dazu verpflichtet, diese schnellstmöglich wieder zu erfüllen.

(3) ¹Sofern die Dauer bis zur Wiedererfüllung voraussichtlich mehr als drei Monate ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Nichterfüllung betragen wird, ist dies gegenüber einem für die entsprechende Einrichtung von dem Vertragspartner der Pflegesatzverhandlung benannten Verhandlungsführer unverzüglich anzuzeigen. ²Ist ein Verhandlungsführer nicht benannt, tritt der Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung an dessen Stelle.

(4) ¹Unter Würdigung der konkret nicht erfüllten anzeigepflichtigen Anforderung und in einer Gesamtschau der Vertragspartner auf die Auswirkungen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist eine Frist bis zur Wiedererfüllung zwischen den Vertragspartnern nach Absatz 3 zu vereinbaren. ²Für die Wiedererfüllung der Anforderungen an die personelle Strukturqualität ist eine Frist von maximal neun Monaten zulässig. ³Die Wiedererfüllung ist dem Verhandlungsführer nach Absatz 3 anzuzeigen.

(5) Das Erfüllen der Anforderungen einschließlich der ggf. zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen nach Absatz 3 ist vom Krankenhausträger gegenüber dem Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung in Form der Checkliste gemäß Anlage 3 bis zum 30. September des jeweils laufenden Jahres nachzuweisen.

(6) ¹Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen. ²Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in den Checklisten gemäß Anlage 3 beurteilen zu können, sind im Falle einer Prüfung dem MDK vor Ort auf Verlangen vorzulegen.

§ 7 Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen der Versorgungsstufen I und II

¹Einrichtungen der Versorgungsstufen I und II gemäß § 3 (Perinatalzentren Level 1 und Perinatalzentren Level 2) sind verpflichtet, entsprechend den Vorgaben der Anlage 4 die Daten der frühen und späten Ergebnisqualität ihrer Leistungen in der Versorgung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm standortbezogen zu veröffentlichen bzw. veröffentlichen zu lassen. ²Sie sind weiter verpflichtet, jede Änderung der Versorgungsstufe entsprechend den Vorgaben der Anlage 3 unmittelbar mitzuteilen.

§ 8 Klärender Dialog

(1) ¹Der klärende Dialog mit einem Krankenhaus, dessen Perinatalzentrum die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 der Anlage 2 nicht erfüllt und dies unter Angabe von Gründen dem G-BA mitgeteilt hat, dient insbesondere der Ursachenanalyse und Unterstützung der schnellstmöglichen Erfüllung der

Personalanforderungen durch den Abschluss einer Zielvereinbarung.²Hierbei ist das einzelne Perinatalzentrum im Kontext der Versorgungsstruktur der jeweiligen Region zu betrachten.³Dabei ist auch ein koordiniertes Vorgehen zur Förderung der Ausbildung von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/-innen sowie der Fachweiterbildung des Pflegepersonals vorgesehen.⁴Der klärende Dialog mit den meldenden Perinatalzentren erfolgt gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde.

(2) ¹Die verantwortliche Stelle für die Durchführung des klärenden Dialogs ist das Gremium nach § 14 Absatz 1 Satz 1 der QSKH-RL (nachfolgend Lenkungs-gremium). ²Zur organisatorischen und inhaltlichen Unterstützung bei der Durchführung des klärenden Dialogs, wird das Lenkungs-gremium durch die auf Landesebene beauftragte Stelle (LQS) unterstützt. ³Zur fachlichen Unterstützung bei der Durchführung des klärenden Dialogs richtet das Lenkungs-gremium eine Fachgruppe ein, an der Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie weitere Fachexperten (z. B. Pflegerat/Pflegekammer, Patientenvertreter) zu beteiligen sind.

(3) ¹Grundlage für den klärenden Dialog sind die erfolgten Mitteilungen der Perinatalzentren gegenüber dem G-BA über die aktuelle Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung nach Anlage 2 QFR-RL. ²Die Perinatalzentren erhalten vom G-BA eine schriftliche Bestätigung über den Eingang der Mitteilung. ³Der G-BA stellt dem Lenkungs-gremium unverzüglich Kopien der Mitteilungen zur Verfügung.

(4) ¹Der Prozess des klärenden Dialogs soll in der Regel wie folgt gestaltet sein:

²Zur Einleitung des klärenden Dialogs erfolgt eine Analyse der vom Perinatalzentrum angegebenen Gründe für die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung durch die Fachgruppe. ³Hierzu sind vom Perinatalzentrum die zur Beurteilung erforderlichen Informationen und Unterlagen anzufordern.

⁴Relevante Unterlagen für den Dialog können sein:

- Nachweise zum aktuellen Bestand, der Qualifikation und der Organisation des Personals,
- Informationen zu dem vorzuhaltenden Personalmanagementkonzept,
- Vollständig ausgefülltes Musterformular zur schichtbezogenen Dokumentation (Anlage 5),
- Falldarstellung von typischen Versorgungsengpässen (z. B. Belegungsspitzen, Personalengpässe), die seit dem 1. Januar 2017 für die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gesorgt haben, anhand detaillierter Darlegung der Umstände und Begründungen,
- Nachweise über die vorhergegangenen Bemühungen zur Personalgewinnung (Ausschreibungen, Weiterbildung) sowie Angabe von Gründen für deren Erfolglosigkeit,
- Darstellung der bereits erfolgten Maßnahmen zur schnellstmöglichen Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung,
- Vorschlag eines konkreten Zeitplans zur Umsetzung zukünftiger Maßnahmen (inkl. konkreten Zwischenzielen),
- Informationen zur Fallzahl gemäß Mm-R.

(5) ¹Unter Würdigung der konkret nicht erfüllten Anforderungen und der eingereichten relevanten Dokumente, führt die Fachgruppe im Auftrag des Lenkungsgremiums zusammen mit dem betroffenen Perinatalzentrum einen klärenden Dialog über die Ursachen für die Nichterfüllung der Personalanforderungen und zur Einleitung von Maßnahmen, die das Perinatalzentrum dabei unterstützen, die Anforderungen zu erfüllen. ²Die Fachgruppe bewertet, ob die vorliegenden Informationen für den Abschluss einer Zielvereinbarung ausreichend sind oder ob weitere Unterlagen nachzufordern und gegebenenfalls die Vereinbarung von Treffen oder Begehungen vor Ort erforderlich sind. ³Die Fachgruppe informiert das Lenkungsgremium über die einzelnen Schritte.

(6) ¹Im klärenden Dialog ist eine Zielvereinbarung abzuschließen, in welcher zwingend die zur Zielerreichung geeigneten Maßnahmen, die Zielerreichung und eine individuelle Frist bis zur Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung sowie konkrete Zwischenziele festzulegen sind. ²Diese vereinbarte Frist mit individueller Laufzeit bis zur Erfüllung darf eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2022 nicht übersteigen. ³Die Zielvereinbarung ist innerhalb von vier Monaten nach Eingang der Mitteilungen beim Lenkungsgremium zwischen dem Lenkungsgremium und dem jeweiligen Perinatalzentrum zu schließen. ⁴Eine Delegation an die Fachgruppe ist möglich. ⁵Die Einhaltung der Zielvereinbarung wird überprüft und ggf. ist eine Anpassung der Zielvereinbarung möglich. ⁶Kommt eine Zielvereinbarung nicht zustande, oder werden vereinbarte Zwischenziele nicht erreicht, ist dies dem Lenkungsgremium unverzüglich mitzuteilen. ⁷Nach Ablauf der individuellen Frist erfolgt eine abschließende Beurteilung der Zielerreichung durch das Lenkungsgremium. ⁸Sofern das Perinatalzentrum die Zielvereinbarung und die pflegerischen Anforderungen der Richtlinie gemäß Nummer I.2.2 bzw. Nummer II.2.2 Anlage 2 erfüllt hat, stellt das Lenkungsgremium den Abschluss des klärenden Dialogs fest und informiert den G-BA hierüber.

(7) Zeichnet sich ab, dass Perinatalzentren innerhalb der vereinbarten Frist die Erfüllung der Anforderungen der QFR-RL nicht erreichen werden, ist dies unverzüglich dem Lenkungsgremium mitzuteilen und die damit einhergehenden Auswirkungen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in dem jeweiligen Bundesland bzw. der Region sind unter Einbeziehung der Fachgruppe zu beraten.

(8) Verweigert ein Perinatalzentrum nach erfolgter Meldung die Teilnahme am klärenden Dialog beziehungsweise ist nicht bereit, eine Zielvereinbarung abzuschließen gelten in Bezug auf die Anforderungen an die pflegerische Versorgung die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im Sinne von § 2 QFR-RL als nicht erfüllt.

(9) Perinatalzentren, die die Zielvereinbarung nicht einhalten, werden dem G-BA sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausesellschaften sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden durch das Lenkungsgremium unverzüglich nach Ablauf der in Absatz 6 Satz 1 und 2 definierten Frist mitgeteilt.

(10) Für ein koordiniertes Vorgehen zur Förderung der Ausbildung von auf der neonatologischen Intensivstation zugelassenen Pflegekräften gemäß Nummer I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 analysiert die Fachgruppe die entsprechenden Versorgungsstrukturen und leitet daraus die entsprechenden Maßnahmen ab.

(11) ¹Das Lenkungsgremium berichtet dem G-BA jährlich für das zurückliegende Kalenderjahr bis zum 15. April über den Umsetzungsstand des klärenden Dialogs. ²Hierbei ist insbesondere anzugeben, welche Perinatalzentren die Zielvereinbarung oder Zwischenschritte der Zielvereinbarung jeweils fristgerecht erfüllt oder noch nicht erfüllt haben sowie die für die Mindestmengenregelung relevante Fallzahl sowie eine Einschätzung im Hinblick auf die Auswirkung für die Versorgung der Früh- und Reifgeborenen gemäß Absatz 7 abzugeben. ³Zum Berichtstermin 15. April 2022 ist auch mitzuteilen, ob Perinatalzentren, die die Zielvereinbarung oder Zwischenschritte der Zielvereinbarung bis dahin noch nicht erfüllt haben, die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder

Nummer II.2.2 der Anlage 2 voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2022 erfüllen werden.⁴Für die Erstellung der Berichte ist das einheitliche Berichtsformat gemäß Anlage 7 zu verwenden.⁵Der Bericht ist unter Nutzung des vom G-BA zur Verfügung gestellten Servicedokuments in maschinenlesbarer Form per E-Mail an qs@g-ba.de zu übermitteln.⁶Nach beendetem klärenden Dialog übermittelt das Lenkungsgremium den Bericht über das Kalenderjahr 2022 bis spätestens zum 15. April 2023 an den G-BA.⁷Die übergreifenden Teile der Berichte gemäß Anlage 7 Nummer 1 werden jeweils auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht.

(12) Der G-BA beauftragt das IQTIG, in geeigneter Weise auf der Internetseite www.perinatalzentren.org darüber zu informieren, welche Perinatalzentren die Übergangsregelung zur Erfüllung der Personalanforderungen gemäß Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 der Anlage 2 in Anspruch nehmen.

§ 9 Bindung der einbezogenen Organisationen

¹Sofern nach dieser Richtlinie Organisationen in die Erfüllung von Aufgaben einbezogen sind, die nicht bereits nach dem SGB V an die Vorgaben dieser Richtlinie gebunden sind, ist diese Bindung jeweils vertraglich von der jeweiligen Auftraggeberin oder dem jeweiligen Auftraggeber vorzunehmen.²Ohne eine solche vertragliche Bindung ist eine Einbeziehung in die Erfüllung der Aufgaben durch diese Organisationen unzulässig.

§ 10 Strukturabfrage bei den Perinatalzentren und Einrichtungen mit perinatologischem Schwerpunkt

(1) ¹Die Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie wird für alle Einrichtungen der perinatologischen Versorgung der Versorgungsstufen I bis III ermittelt.²Hierzu werden die in Anlage 6 aufgeführten Daten zur Abfrage der Erfüllung der Anforderungen jeweils für das zurückliegende Kalenderjahr (Erfassungsjahr) von den Einrichtungen in digitaler Form erhoben.³Die Übermittlung erfolgt einmal jährlich bis zum 15. Januar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres standortbezogen, d.h. für jeden Ort der Leistungserbringung, von den Einrichtungen an die zuständige Datenannahmestelle.⁴Die Daten der Strukturabfrage sollen im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet und die Ergebnisse veröffentlicht werden.⁵Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA den Umsetzungsstand und überprüft im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht die Personalvorgaben und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung.

(2) ¹Die Strukturabfrage bei den Einrichtungen der Versorgungsstufen I bis III erfolgt erstmals für das Erfassungsjahr 2017.²Eine Übergangsregelung für die Erfassungsjahre 2017 bis einschließlich 2021 wird in Absatz 7 festgelegt.³Die Einrichtungen der Versorgungsstufen I bis III haben die standortbezogenen Daten gemäß Absatz 1 ausschließlich elektronisch und gemäß der vom G-BA beschlossenen Spezifikation an die Datenannahmestelle gemäß Absatz 4 zu übermitteln.⁴Eine Erklärung über die Richtigkeit der Angaben, die von dem Geschäftsführer oder einer vertretungsberechtigten Person der Einrichtung unterzeichnet ist, ist an die Datenannahmestelle gemäß Absatz 4 bis zum 31. Januar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres im Original und elektronisch zu übersenden (Konformitätserklärung).

(3) ¹Der G-BA beschließt die Erstfassung der Spezifikation und alle Änderungen für die Erhebung der Daten nach Absatz 1.²Der G-BA beauftragt dafür das IQTIG, die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung, die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm für die Daten der Strukturabfrage, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität, zu entwickeln.³Die vom G-BA beschlossene Spezifikation wird in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das IQTIG im Internet veröffentlicht.

(4) ¹Die zuständige Datenannahmestelle ist das IQTIG. ²Die Datenannahmestelle prüft die an sie übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei Korrekturbedarf. ³Eine Übersendung der korrigierten Daten durch die Einrichtung an die Datenannahmestelle ist bis zum 31. Januar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

(5) ¹Die Daten der Strukturabfragen werden im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet und die Ergebnisse dem G-BA, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden jährlich bis zum 15. Mai des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres standortbezogen übermittelt. ²Die Ergebnisse werden in einem zusammenfassenden Bericht und standortbezogen auf der Internetseite www.perinatalzentren.org veröffentlicht. ³Einrichtungen der Versorgungsstufen I bis III gemäß § 3 Absatz 2 sind verpflichtet, jede Änderung der Versorgungsstufe entsprechend den Vorgaben der Anlage 3 dem IQTIG sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausgesellschaften unverzüglich mitzuteilen. ⁴Das IQTIG stellt sicher, dass die Internetseite www.perinatalzentren.org innerhalb von zwei Wochen entsprechend aktualisiert wird.

(6) ¹Die von den Einrichtungen übermittelten Daten sind zur Überprüfung ihrer Richtigkeit gemäß einem Datenvalidierungsverfahren auf ihre Validität zu prüfen. ²Spezifische Vorgaben zu dem Datenvalidierungsverfahren, insbesondere zum Umfang und zur Grundlage einer Stichprobenprüfung, erfolgen auf Grundlage eines Konzeptes des IQTIG und in gesonderten Beschlüssen. ³Die Einrichtungen sind verpflichtet, sich hinsichtlich der übermittelten Daten an dem Datenvalidierungsverfahren zu beteiligen.

(7) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 3 erfolgt die Übermittlung der Daten der Strukturabfrage von den Einrichtungen an das IQTIG für das Erfassungsjahr 2021 in elektronischer Form auf Basis der Checkliste gemäß Anlage 3, die vom G-BA als Servicedokument für die Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt wird.

(8) Abweichend von Absatz 1 Satz 3 erfolgt die Übermittlung der Strukturabfrage für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 15. Februar 2022. Abweichend von Absatz 2 Satz 4 und Absatz 4 Satz 3 erfolgen die Übersendung der Konformitätserklärung sowie der korrigierten Daten für das Erfassungsjahr 2021 jeweils bis zum 1. März 2022. Abweichend von Absatz 5 Satz 1 erfolgt die Übermittlung der Ergebnisse der Strukturabfrage an den G-BA, die Landesverbände der Krankenkassen, den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 15. Juni 2022.

§ 11 Bewertung des Umsetzungsgrads der Richtlinie

¹Der G-BA beauftragt jährlich eine Auswertung der im Rahmen des klärenden Dialogs übermittelten Daten und Inhalte nach § 8 unter Einbeziehung der Ergebnisse der Strukturabfrage nach § 10. ²Auf Basis dieser Auswertung bewertet der G-BA den Umsetzungsgrad der Richtlinie und ergreift gegebenenfalls weitere Maßnahmen, z. B. eine Anpassung der Richtlinie.

§ 12 Ausnahmetatbestände

(1) ¹Die Krankenhäuser können von den Mindestanforderungen im Sinne von § 1 Absatz 2 und § 2 der Richtlinie in Verbindung mit Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 und Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 abweichen:

1. bei krankheitsbedingten Personalausfällen, die über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals) hinausgehen oder

2. bei unvorhersehbarem Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g innerhalb einer Schicht.

²Die Krankenhäuser haben die Mindestanforderungen unverzüglich, spätestens jedoch zu Beginn der nach Ablauf von 48 Stunden beginnenden Schicht wieder zu erfüllen.

(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Absatz 1 unverzüglich den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen und in der Strukturabfrage anzugeben.

(3) Die Mindestanforderungen im Sinne von § 1 Absatz 2 und § 2 der Richtlinie in Verbindung mit Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 2 bis 6 und Nummer II.2.2 Absatz 2 bis 6 finden bis zum 30. Juni 2022 keine Anwendung, wenn es als Folge von Pandemien, Epidemien oder vergleichbaren Ereignissen zu

1. kurzfristigen krankheits- oder quarantänebedingten in unabdingbaren Sonderfällen höchster Patientenauslastung eines Krankenhauses, die durch anderweitigen Personaleinsatz nicht anders abgefangen werden können, auch nothilfebedingten Personalausfällen oder

2. starken Erhöhungen der Patientenzahlen

kommt, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen und einen flexiblen Personaleinsatz erfordern.

(4) Die Vorgaben zur Dokumentation in Anlage 2 Nummer I.2.2. Absatz 9 sowie Nummer II.2.2 Absatz 9 finden bis zum 30. Juni 2022 keine Anwendung.

§ 13 Übergangsregelung

Für die in Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 sowie Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 geregelten Mindestanforderungen gelten die folgenden gestuften Übergangsregelungen:

1. In der Zeit vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2022 müssen die in Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 sowie Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 geregelten Mindestanforderungen lediglich in Höhe von 90 Prozent von den Krankenhäusern erfüllt werden.
2. In der Zeit vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 müssen die in Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 sowie Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 geregelten Mindestanforderungen lediglich in Höhe von 95 Prozent von den Krankenhäusern erfüllt werden.
3. Ab dem 1. Januar 2024 müssen die in Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 sowie Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 geregelten Mindestanforderungen zu 100 Prozent von den Krankenhäusern erfüllt werden.

Anlage 1 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Aufnahme- und Zuweisungskriterien

Für die nach § 3 Absatz 2 QFR-RL festgelegten Versorgungsstufen gelten folgende Aufnahme- und Zuweisungskriterien für Schwangere mit den nachfolgend genannten Risikokonstellationen.

Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe erfolgt, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegt:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter $< 29 + 0$ SSW¹,
- (2) Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter $< 33 + 0$ SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen,
- (3) Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozenen, Gastroschisis). Hierbei ist darauf zu achten, dass in der aufnehmenden Einrichtung die erforderliche spezialisierte Versorgung gewährleistet werden kann.

Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe erfolgt, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegt:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von $29 + 0$ bis $31 + 6$ SSW,
- (2) Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom (Hämolyse, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils,
- (3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus einer Geburtsklinik erfolgt, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegt:

¹Erläuterung zur Schreibweise des Gestationsalters: Die Darstellung des Gestationsalters erfolgt in Schwangerschaftswochen (SSW), im Regelfall in vollendeten Wochen plus Einzeltagen (0 bis 6) p.m. (post menstruationem). Der errechnete Termin liegt danach bei $40 + 0$ SSW. Nach Terminkorrektur wird das Gestationsalter in gleicher Weise dargestellt.

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm und mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis $\leq$ 35 + 6 SSW,
- (2) Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts),
- (3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

Die Aufnahme von Schwangeren in eine Geburtsklinik erfolgt nach folgendem Kriterium:

Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen und ohne eines der genannten Kriterien für die Aufnahme in die Versorgungsstufen I bis III dieser Anlage.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 2

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen

Inhaltsverzeichnis

Präambel	2
I. Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1	2
I.1 Geburtshilfe	2
I.1.1 Ärztliche Versorgung	2
I.1.2 Hebammenhilfliche und entbindungspflegerische Versorgung	2
I.2 Neonatologie	3
I.2.1 Ärztliche Versorgung	3
I.2.2 Pflegerische Versorgung	3
I.3 Infrastruktur	6
I.3.1 Lokalisation von Entbindungsbereich und neonatologischer Intensivstation	6
I.3.2 Geräteausstattung der neonatologischen Intensivstation	6
I.3.3 Voraussetzungen für eine neonatologische Notfallversorgung außerhalb des eigenen Perinatalzentrums Level 1	6
I.3.4 Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung im Perinatalzentrum Level 1	6
I.4 Ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen	6
I.5 Qualitätssicherungsverfahren	8
II. Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2	9
II.1 Geburtshilfe	9
II.1.1 Ärztliche Versorgung	9
II.1.2 Hebammenhilfliche bzw. entbindungspflegerische Versorgung	9
II.2 Neonatologie	10
II.2.1 Ärztliche Versorgung	10
II.2.2 Pflegerische Versorgung	10
II.3 Infrastruktur	13
II.3.1 Lokalisation von Entbindungsbereich und neonatologischer Intensivstation	13
II.3.2 Geräteausstattung der neonatologischen Intensivstation:	13
II.4 Ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen	13
II.5 Qualitätssicherungsverfahren	14
III. Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt	16
III.1 Ärztliche und pflegerische Versorgung der Früh- und Reifgeborenen	16
III.2 Infrastruktur	16
III.3 Qualitätssicherungsverfahren	16
IV. Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik	16

Präambel

¹Diese Anlage der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene definiert die Qualitätsmerkmale bzw. Minimalanforderungen für die vier perinatologischen Versorgungsstufen (I bis IV). ²Für die Durchführung ärztlicher, pflegerischer und anderer Maßnahmen werden entwicklungsadaptierte Konzepte empfohlen, die sich an den individuellen Bedürfnissen des Kindes und seiner Familie orientieren. ³Der kurz- und langfristige Nutzen jeder therapeutischen Maßnahme ist stets für das einzelne Kind zu überdenken.

I. Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1

I.1 Geburtshilfe

I.1.1 Ärztliche Versorgung

(1) ¹Die ärztliche Leitung der Geburtshilfe muss einer Fachärztin oder einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativer Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ hauptamtlich übertragen werden. ²Dieses ist die Chefärztin oder der Chefarzt oder eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt in leitender Funktion (z. B. Oberärztin oder Oberarzt, Sektionsleiterin oder Sektionsleiter). ³Die Stellvertretung der ärztlichen Leitung muss innerhalb einer Frist von zwei Jahren nach ihrer Ernennung die gleiche Qualifikation nachweisen. ⁴Bis dahin sind einschlägige Erfahrungen bzw. Praxis in den Bereichen Geburtshilfe und Perinatalmedizin nachzuweisen.

(2) Die geburtshilfliche Versorgung muss mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst im Hause ist möglich, keine Rufbereitschaft) im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP sichergestellt sein.

(3) ¹Zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst. ²Sollten weder die präsenzte Ärztin oder der präsenzte Arzt noch die Ärztin oder der Arzt im Rufbereitschaftsdienst eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativer Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ sein, muss im Hintergrund eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder der fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ jederzeit erreichbar sein.

(4) ¹Das Perinatalzentrum Level 1 soll als Stätte für die ärztliche Weiterbildung in dem Schwerpunkt oder für die fakultative Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ anerkannt sein. ²In der jeweiligen Abteilung des Perinatalzentrums soll die Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt oder für die fakultative Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ vorliegen.

I.1.2 Hebammenhilfliche und entbindungspflegerische Versorgung

(1) ¹Die hebammenhilfliche oder entbindungspflegerische Leitung des Kreißsaales muss einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger hauptamtlich übertragen werden. ²Die Übertragung der Leitungsfunktion an eine Beleghebamme oder einen Belegentbindungspfleger ist zulässig.

(2) Die nachweislich getroffenen Regelungen (Organisationsstatut) müssen eine sachgerechte Ausübung der Leitungsfunktion, unabhängig von der Art des Beschäftigungsverhältnisses, sicherstellen.

- (3) Die leitende Hebamme oder der leitende Entbindungspfleger muss einen Leitungslehrgang absolviert haben.
- (4) Im Kreißsaal ist die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers gewährleistet.
- (5) Mindestens eine zweite Hebamme oder ein zweiter Entbindungspfleger befindet sich im Rufbereitschaftsdienst oder steht im Rahmen einer vergleichbaren Regelung als Beleghebamme oder als Belegentbindungspfleger zur Verfügung.
- (6) Die ständige Erreichbarkeit einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers auf der präpartalen Station muss sichergestellt sein.
- (7) Die Hebammen und Entbindungspfleger nehmen an Maßnahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements teil (z. B. Qualitätszirkel, Perinataalkonferenz).

I.2 Neonatologie

I.2.1 Ärztliche Versorgung

- (1) ¹Die ärztliche Leitung der Behandlung eines Früh- und Reifgeborenen, welches den Aufnahmekriterien eines Perinatalzentrums Level 1 oder Level 2 entspricht, muss bis mindestens 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin durchgängig einem Facharzt oder einer Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde jeweils mit dem Schwerpunkt Neonatologie hauptamtlich obliegen. ²Dieses ist die Chefärztin oder der Chefarzt oder eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt in leitender Funktion (z. B. Oberärztin oder Oberarzt, Sektionsleiterin oder Sektionsleiter). ³Die Stellvertretung der ärztlichen Leitung muss die gleiche Qualifikation aufweisen.
- (2) Die ärztliche Versorgung der Früh- und Reifgeborenen ist durch einen Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, kein Bereitschaftsdienst) im neonatologischen Intensivbereich sichergestellt (für Intensivstation und Kreißsaal; nicht gleichzeitig für Routineaufgaben auf anderen Stationen oder Einheiten).
- (3) ¹Zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst. ²Sollten weder die präsenste Ärztin bzw. der präsenste Arzt noch die Ärztin bzw. der Arzt im Rufbereitschaftsdienst eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“ sein, ist zusätzlich ein weiterer Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation einzurichten, der hinzugezogen werden kann.
- (4) ¹Das Perinatalzentrum Level 1 soll als Stätte für die ärztliche Weiterbildung im Schwerpunkt „Neonatologie“ anerkannt sein. ²In der jeweiligen Abteilung des Perinatalzentrums soll die Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt „Neonatologie“ vorliegen.

I.2.2 Pflegerische Versorgung

- (1) ¹Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung muss aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern bestehen. ²Abweichend von Satz 1 können auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpfleger im Pflegedienst eingesetzt werden, die eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen

Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben und die am 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllen:

- mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet und
- mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.

³Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils schnellstmöglich eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seinen Internetseiten veröffentlicht. ⁴Der Anteil der Pflegekräfte nach Satz 2 darf maximal 15 Prozent betragen.

(2) ¹40 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes (bezogen auf Vollzeitäquivalente) müssen eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben. ²Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils schnellstmöglich eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seinen Internetseiten veröffentlicht. ³Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Satz 1 befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tatsächlich tätig sind. ⁴Auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals können zudem dauerhaft Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger letztmalig angerechnet werden, die am Stichtag 1. Januar 2017 folgende Voraussetzungen erfüllen:

- mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung - Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet - und
- mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.

- (3) Die Erfüllung dieser Voraussetzungen ist durch die Pflegedienstleitung schriftlich zu bestätigen.
- (4) In jeder Schicht soll eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Qualifikation nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 eingesetzt werden.
- (5) Auf der neonatologischen Intensivstation eines Perinatalzentrums Level 1 muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar sein.
- (6) Auf der neonatologischen Intensivstation muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar sein.
- (7) Die schichtbezogene Dokumentation zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Personalschlüssel erfolgt anhand des Musterformulars/der Dokumentationshilfe gemäß Anlage 5.
- (8) Die Einrichtung muss über ein Personalmanagementkonzept verfügen, welches für den Fall von ungeplanten Neuaufnahmen oder Personalausfällen konkrete Handlungsanweisungen zur Kompensation des sich daraus ergebenden personellen Mehrbedarfs bzw. zur Wiederherstellung des vergebenen Personalschlüssels umfasst, die von der pflegerischen Schichtleitung und der verantwortlichen Stationsärztin bzw. dem verantwortlichen Stationsarzt unverzüglich veranlasst werden können.
- (9) Unabhängig von der schichtbezogenen Dokumentation ist das Perinatalzentrum verpflichtet, sämtliche Ereignisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben, unter Angabe der jeweiligen Gründe und der Dauer der Abweichung, zu dokumentieren und dem G-BA im Rahmen einer jährlichen Strukturabfrage gemäß § 10 zu übermitteln, um sie bei der Bewertung nach § 11 berücksichtigen zu können.
- (10) Für alle weiteren Patientinnen und Patienten auf der neonatologischen Intensivstation muss das Perinatalzentrum qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger – unabhängig von Fachweiterbildung bzw. spezieller Erfahrung) in ausreichender Zahl entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf einsetzen.
- (11) ¹Die Stationsleiterin oder der Stationsleiter der Intensivstation hat eine Weiterbildung im Bereich „Leitung einer Station/eines Bereiches“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 28. November 2017 (in der Fassung vom 17. September 2018) oder einer entsprechenden Hochschulqualifikation oder einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung sowie ab 1. Januar 2029 eine Weiterbildung im pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Absatz 2 nachzuweisen. ²Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der jeweiligen landesrechtlichen Regelung eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seinen Internetseiten veröffentlicht. ³Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit einer vorliegenden Hochschulqualifikation einzelner Pflegefachpersonen auf Antrag eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seinen Internetseiten veröffentlicht.
- (12) ¹Perinatalzentren, die die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 nach dem 1. Januar 2017 nicht erfüllen, teilen dies unter Angabe der Gründe dem G-BA

unverzüglich mit. ²Sie dürfen nach erfolgter Meldung bis zum 31. Dezember 2022 von diesen Anforderungen abweichen.

(13) Mit diesen Krankenhäusern wird ein gesonderter, klärender Dialog gemäß § 8 geführt.

I.3 Infrastruktur

I.3.1 Lokalisation von Entbindungsbereich und neonatologischer Intensivstation

Der Entbindungsbereich, der Operationsbereich und die neonatologische Intensivstation befinden sich im selben Gebäude (möglichst Wand an Wand) oder in miteinander verbundenen Gebäuden.

I.3.2 Geräteausstattung der neonatologischen Intensivstation

(1) Die neonatologische Intensivstation muss über mindestens sechs neonatologische Intensivtherapieplätze jeweils mit Intensivpflege-Inkubator, Monitoring bzgl. Elektrokardiogramm (EKG), Blutdruck und Pulsoximeter verfügen.

(2) An vier Intensivtherapieplätzen steht jeweils mindestens ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene und die Möglichkeit zur transkutanen Messung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks (pO₂) und des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO₂) zur Verfügung.

(3) Darüber hinaus muss auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart folgende Mindestausstattung verfügbar sein:

- Röntgengerät,
- Ultraschallgerät (inkl. Echokardiografie),
- Elektroenzephalografiegerät (Standard-EEG oder Amplituden-integriertes EEG) und
- Blutgasanalysegerät.

(4) Das Blutgasanalysegerät muss innerhalb von drei Minuten erreichbar sein.

I.3.3 Voraussetzungen für eine neonatologische Notfallversorgung außerhalb des eigenen Perinatalzentrums Level 1

Das Perinatalzentrum Level 1 muss in der Lage sein, im Notfall Früh- und Reifgeborene außerhalb des eigenen Perinatalzentrums angemessen zu versorgen und mittels mobiler Intensiveinheit in das Perinatalzentrum zu transportieren.

I.3.4 Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung im Perinatalzentrum Level 1

Die Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung im Perinatalzentrum Level 1 müssen gegeben sein.

I.4 Ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen

I.4.1 Ärztliche Dienstleistungen folgender Fachrichtungen sind in Perinatalzentren Level 1 vorzuhalten oder durch eine vergleichbare Regelung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zu gewährleisten:

- Kinderchirurgie als Rufbereitschaftsdienst,
- Kinderkardiologie als Rufbereitschaftsdienst,

- Mikrobiologie (ärztliche Befundbewertung und Befundauskunft) als Regeldienst (auch telefonisch), zusätzlich besteht an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen mindestens eine Rufbereitschaft (auch telefonisch), die auf ein bestimmtes Zeitfenster beschränkt werden kann,
- Radiologie als Rufbereitschaftsdienst,
- Neuropädiatrie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil,
- Ophthalmologie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil,
- Humangenetik mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil sowie die genetische Beratung.

I.4.2 Folgende nicht-ärztliche Dienstleistungen sind in Perinatalzentren Level 1 vorzuhalten oder durch eine vergleichbare Regelung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zu gewährleisten:

- Laborleistungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst,
- mikrobiologische Laborleistungen als Regeldienst, auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen,
- die Durchführung von Röntgenuntersuchungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst.

I.4.3 Eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern (zum Beispiel durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Diplompsychologinnen und Diplompsychologen, Psychiaterinnen und Psychiater und darüber hinaus Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) ist den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie im Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm pro Jahr fest zugeordnet und muss montags bis freitags zur Verfügung stehen.

Erläuterungen zu I.4.1 und I.4.2:

(1) Unter „Regeldienst“ wird im Sinne dieser Richtlinie die in der jeweiligen Einrichtung übliche tägliche Arbeitszeit an den Wochentagen Montag bis Freitag, außer an gesetzlichen Feiertagen, verstanden (z. B. von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr, d.h. ohne Berücksichtigung einer eventuell für einen Schichtdienst festgelegten Zeitspanne).

(2) ¹Rufbereitschaftsdienst im Sinne dieser Richtlinie erfordert, dass die diensthabende Ärztin oder der Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger während des Dienstes jederzeit erreichbar und auf Abruf im Rahmen der im Krankenhaus getroffenen Regelungen am Arbeitsplatz einsatzfähig ist. ²Die Krankenhäuser mit einem Perinatalzentrum Level 1 sind verpflichtet, in ihren Regelungen zum Rufbereitschaftsdienst auch die Dauer bis zur Einsatzfähigkeit am Arbeitsplatz zu berücksichtigen, die innerhalb einer der Situation vor Ort angemessenen Zeit, d.h. dem voraussichtlichen Bedarf entsprechend, möglich sein muss. ³Die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger hat während des Dienstes ihren bzw. seinen Aufenthaltsort so zu wählen, dass sie bzw. er jederzeit in der Lage ist, diese Regelung einzuhalten.

(3) Bereitschaftsdienst im Sinne dieser Richtlinie erfordert, dass die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger sich während des

Dienstes an einem vom Arbeitgeber bestimmten Ort aufzuhalten hat, um im Bedarfsfall innerhalb kürzester Zeit ihre bzw. seine volle Arbeitstätigkeit aufzunehmen.

(4) Schichtdienst im Sinne dieser Richtlinie erfordert, dass die Ärztin oder der Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger sich während des Dienstes am Arbeitsplatz aufzuhalten hat, um im Bedarfsfall sofort ihre bzw. seine volle Arbeitstätigkeit aufzunehmen.

(5) ¹Es muss sichergestellt sein, dass diejenigen unter I.4.1 bis I.4.3 genannten ärztlichen und nicht-ärztlichen Dienstleistungen, die die Anwesenheit des Kindes erfordern, im Perinatalzentrum Level 1 erfolgen. ²Dies gilt nicht für seltene bildgebende Diagnostik sowie in begründeten Ausnahmefällen.

I.5 Qualitätssicherungsverfahren

I.5.1 ¹Bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm ist stets von einem komplexen Versorgungsbedarf auszugehen. ²Die weitere Betreuung der Kinder und ihrer Familien im häuslichen Umfeld wird durch gezielte Entlassungsvorbereitung sichergestellt. ³Im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V stellt das Krankenhaus noch während des stationären Aufenthalts einen Kontakt zur ambulanten, fachärztlichen Weiterbehandlung wie z. B. Sozialpädiatrischen Zentren her mit dem Ziel, dass die im Entlassbericht empfohlenen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden.

I.5.2 (1) ¹Bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm ist von einem hohen Risikopotential für spätere Entwicklungsbeeinträchtigungen, Verhaltensstörungen und Behinderungen sowie mangelndem körperlichen Gedeihen auszugehen. ²Das Krankenhaus empfiehlt im Entlassbrief die Überleitung in eine angemessene strukturierte und insbesondere entwicklungsneurologische Diagnostik und gegebenenfalls Therapie in spezialisierte Einrichtungen (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren).

(2) Die entlassende Klinik sollte innerhalb von sechs Monaten über Art und Ausmaß dieser Betreuung durch die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt informiert werden.

I.5.3 Sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, kann das Krankenhaus die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V verordnen.

I.5.4 Kontinuierliche Teilnahme an den bzw. Durchführung der folgenden speziellen Qualitätssicherungsverfahren:

- externe Infektions-Surveillance für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm (gleichwertig zu Nosocomial infection surveillance system for preterm infants on neonatology departments and ICUs (NEO-KISS)),
- entwicklungsdiagnostische Nachuntersuchung für alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm, wobei eine vollständige Teilnahme an einer Untersuchung im korrigierten Alter von zwei Jahren anzustreben ist.

I.5.5 (1) ¹Möglichst nach einer Woche, spätestens jedoch 14 Tage nach der Geburt stellt das Perinatalzentrum Level 1 jedes aufgenommene Frühgeborene < 1500 g Geburtsgewicht mindestens einmal während der im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Fallbesprechung vor. ²Daran nehmen mindestens folgende Fachbereiche, Disziplinen und Berufsgruppen teil:

- Geburtshilfe einschließlich einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers,
- Neonatologie einschließlich einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers,
- bei Bedarf psychosoziale Betreuung nach I.4.3, Humangenetik, Pathologie, Krankenhaushygiene, Kinderchirurgie und Anästhesie.

(2) Das Ergebnis der Fallbesprechung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.

II. Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2

II.1 Geburtshilfe

II.1.1 Ärztliche Versorgung

(1) ¹Die ärztliche Leitung der Geburtshilfe muss einer Fachärztin oder einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativer Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ hauptamtlich übertragen werden. ²Dieses ist die Chefärztin oder der Chefarzt oder eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt in leitender Funktion (Oberärztin oder Oberarzt, Sektionsleiterin oder Sektionsleiter). ³Die Vertretung der ärztlichen Leitung muss als Fachärztin oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe über eine dreijährige klinische Erfahrung verfügen.

(2) Die geburtshilfliche Versorgung muss mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst im Hause ist möglich, keine Rufbereitschaft) im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP sichergestellt sein.

(3) ¹Zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst. ²Sollten weder die präsenzte Ärztin oder der präsenzte Arzt noch die Ärztin oder der Arzt im Rufbereitschaftsdienst eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ sein, muss im Hintergrund eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ jederzeit erreichbar sein.

II.1.2 Hebammenhilfliche bzw. entbindungspflegerische Versorgung

(1) ¹Die hebammenhilfliche oder entbindungspflegerische Leitung des Kreißsaales muss einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger hauptamtlich übertragen werden. ²Die Übertragung der Leitungsfunktion an eine Beleghebamme oder einen Belegentbindungspfleger ist zulässig.

(2) Die nachweislich getroffenen Regelungen (Organisationsstatut) müssen eine sachgerechte Ausübung der Leitungsfunktion, unabhängig von der Art des Beschäftigungsverhältnisses, sicherstellen.

(3) Die leitende Hebamme oder der leitende Entbindungspfleger muss einen Leitungslehrgang absolviert haben.

(4) Im Kreißsaal ist die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers gewährleistet.

- (5) Mindestens eine zweite Hebamme oder ein zweiter Entbindungspfleger befindet sich im Rufbereitschaftsdienst oder steht im Rahmen einer vergleichbaren Regelung als Beleghebamme oder als Belegentbindungspfleger zur Verfügung.
- (6) Die ständige Erreichbarkeit einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers auf der präpartalen Station muss sichergestellt sein.
- (7) Die Hebammen und Entbindungspfleger nehmen an Maßnahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements teil (z. B. Qualitätszirkel, Perinataalkonferenz).

II.2 Neonatologie

II.2.1 Ärztliche Versorgung

(1) ¹Die ärztliche Leitung der Behandlung eines Früh- und Reifgeborenen, welches den Aufnahmekriterien des Level 2 entspricht, muss bis mindestens 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin durchgängig einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde jeweils mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“ hauptamtlich obliegen. ²Dieses ist die Chefärztin oder der Chefarzt oder eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt in leitender Funktion (Oberärztin oder Oberarzt, Sektionsleiterin oder Sektionsleiter). ³Die Vertretung der ärztlichen Leitung muss die gleiche Qualifikation aufweisen.

(2) Die ärztliche Versorgung der Früh- und Reifgeborenen muss mit permanenter Arztpräsenz (Schicht- oder Bereitschaftsdienst, keine Rufbereitschaft) im neonatologischen Intensivbereich sichergestellt sein (für Intensivstation und Kreißsaal; nicht gleichzeitig für Routineaufgaben auf anderen Stationen oder Einheiten).

(3) ¹Zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst. ²Sollten weder die präsen- te Ärztin oder der präsen- te Arzt noch die Ärztin oder der Arzt im Rufbereitschaftsdienst eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“ sein, muss im Hintergrund eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit der Schwerpunktbezeichnung „Neonatologie“ jederzeit erreichbar sein.

II.2.2 Pflegerische Versorgung

(1) ¹Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung muss aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern bestehen. ²Abweichend von Satz 1 können auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpfleger im Pflegedienst eingesetzt werden, die eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen

Regelung abgeschlossen haben und die am Stichtag 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllen:

- mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet und
- mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.

³Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils schnellstmöglich eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seinen Internetseiten veröffentlicht. ⁴Der Anteil der Pflegekräfte nach Satz 2 darf maximal 15 Prozent betragen.

(2) ¹30 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes (bezogen auf Vollzeitäquivalente) müssen eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben. ²Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils schnellstmöglich eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seinen Internetseiten veröffentlicht. ³Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Satz 1 befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tatsächlich tätig sind. ⁴Auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals können zudem dauerhaft Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger letztmalig angerechnet werden, die am Stichtag 1. Januar 2017 folgende Voraussetzungen erfüllen:

- mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung - Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet - und
- mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.

(3) Die Erfüllung dieser Voraussetzungen ist durch die Pflegedienstleitung schriftlich zu bestätigen.

(4) In jeder Schicht soll eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Qualifikation nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 eingesetzt werden.

(5) Auf der neonatologischen Intensivstation eines Perinatalzentrums Level 2 muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar sein.

(6) Auf der neonatologischen Intensivstation muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar sein.

(7) Die schichtbezogene Dokumentation zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Personalschlüssel erfolgt anhand des Musterformulars/der Dokumentationshilfe gemäß Anlage 5.

(8) Die Einrichtung muss über ein Personalmanagementkonzept verfügen, welches für den Fall von ungeplanten Neuaufnahmen oder Personalausfällen konkrete Handlungsanweisungen zur Kompensation des sich daraus ergebenden personellen Mehrbedarfs bzw. zur Wiederherstellung des vergebenen Personalschlüssels umfasst, die von der pflegerischen Schichtleitung und der verantwortlichen Stationsärztin bzw. dem verantwortlichen Stationsarzt unverzüglich veranlasst werden können.

(9) Unabhängig von der schichtbezogenen Dokumentation ist das Perinatalzentrum verpflichtet, sämtliche Ereignisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben, unter Angabe der jeweiligen Gründe und der Dauer der Abweichung, zu dokumentieren und dem G-BA im Rahmen einer jährlichen Strukturabfrage gemäß § 10 zu übermitteln, um sie bei der Bewertung nach § 11 berücksichtigen zu können.

(10) Für alle weiteren Patientinnen und Patienten auf der neonatologischen Intensivstation muss das Perinatalzentrum qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger – unabhängig von Fachweiterbildung bzw. spezieller Erfahrung) in ausreichender Zahl entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf einsetzen.

(11) ¹Die Stationsleiterin oder der Stationsleiter der Intensivstation hat eine Weiterbildung im Bereich „Leitung einer Station/eines Bereiches“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 28. November 2017 (in der Fassung vom 17. September 2018) oder einer entsprechenden Hochschulqualifikation oder einer entsprechenden Regelung sowie ab 1. Januar 2029 eine Weiterbildung im pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Absatz 2 nachzuweisen. ²Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der jeweiligen landesrechtlichen Regelung eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seinen Internetseiten veröffentlicht. ³Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit einer vorliegenden Hochschulqualifikation einzelner Pflegefachpersonen auf Antrag eine Einschätzung ab und übermittelt die Ergebnisse dem G-BA, der diese auf seinen Internetseiten veröffentlicht.

(12) ¹Perinatalzentren, die die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer II.2.2 nach dem 1. Januar 2017 nicht erfüllen, teilen dies unter Angabe der Gründe dem G-BA unverzüglich mit. ²Sie dürfen nach erfolgter Meldung bis zum 31. Dezember 2022 von diesen Anforderungen abweichen.

(13) Mit diesen Krankenhäusern wird ein gesonderter, klärender Dialog gemäß § 8 geführt.

II.3 Infrastruktur

II.3.1 Lokalisation von Entbindungsbereich und neonatologischer Intensivstation

Der Entbindungsbereich, der Operationsbereich und die neonatologische Intensivstation befinden sich im selben Gebäude (möglichst Wand an Wand) oder in miteinander verbundenen Gebäuden.

II.3.2 Geräteausstattung der neonatologischen Intensivstation:

- (1) Die neonatologische Intensivstation muss über mindestens vier neonatologische Intensivtherapieplätze jeweils mit Intensivpflege-Inkubator, Monitoring bzgl. Elektrokardiogramm (EKG), Blutdruck und Pulsoximeter verfügen.
- (2) An zwei Intensivtherapieplätzen steht jeweils mindestens ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene und die Möglichkeit zur transkutanen Messung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks (pO_2) und des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO_2) zur Verfügung.
- (3) Darüber hinaus muss auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart folgende Mindestausstattung verfügbar sein:
 - Röntgengerät,
 - Ultraschallgerät (inkl. Echokardiografie),
 - Elektroenzephalografiegerät (Standard-EEG oder Amplituden-integriertes EEG) und
 - Blutgasanalysegerät.
- (4) Das Blutgasanalysegerät muss innerhalb von drei Minuten erreichbar sein.

II.4 Ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen

- ### **II.4.1 Ärztliche Dienstleistungen folgender Fachrichtungen sind in Perinatalzentren Level 2 vorzuhalten oder durch eine vergleichbare Regelung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zu gewährleisten:**
- Kinderchirurgie als Rufbereitschaftsdienst,
 - Kinderkardiologie als Rufbereitschaftsdienst,
 - Mikrobiologie (ärztliche Befundbewertung und Befundauskunft) als Regeldienst (auch telefonisch), zusätzlich besteht an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen mindestens eine Rufbereitschaft (auch telefonisch), die auf ein bestimmtes Zeitfenster beschränkt werden kann,
 - Radiologie als Rufbereitschaftsdienst,
 - Neuropädiatrie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil,
 - Ophthalmologie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil,
 - Humangenetik mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil sowie die genetische Beratung.

II.4.2 Folgende nicht-ärztliche Dienstleistungen sind in Perinatalzentren Level 2 vorzuhalten oder durch eine vergleichbare Regelung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zu gewährleisten:

- Laborleistungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst,
- mikrobiologische Laborleistungen als Regeldienst, auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen,
- die Durchführung von Röntgenuntersuchungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst.

II.4.3 Eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern (zum Beispiel durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Diplompsychologinnen und Diplompsychologen, Psychiaterinnen und Psychiater und darüber hinaus Sozialpädagoginnen und Sozialpädagoge bzw. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) ist den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie im Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen unter 1500 Gramm Geburtsgewicht pro Jahr fest zugeordnet und muss montags bis freitags zur Verfügung stehen.

Erläuterungen zu II.4.1 und II.4.2:

(1) Unter „Regeldienst“ wird im Sinne dieser Richtlinie die in der jeweiligen Einrichtung übliche tägliche Arbeitszeit an den Wochentagen Montag bis Freitag, außer an gesetzlichen Feiertagen, verstanden (z. B. von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr, d.h. ohne Berücksichtigung einer eventuell für einen Schichtdienst festgelegten Zeitspanne).

(2) ¹Rufbereitschaftsdienst im Sinne dieser Richtlinie erfordert, dass die diensthabende Ärztin oder der Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger während des Dienstes jederzeit erreichbar und auf Abruf im Rahmen der im Krankenhaus getroffenen Regelungen am Arbeitsplatz einsatzfähig ist. ²Die Krankenhäuser mit einem Perinatalzentrum Level 2 sind verpflichtet, in Ihren Regelungen zum Rufbereitschaftsdienst auch die Dauer bis zur Einsatzfähigkeit am Arbeitsplatz zu berücksichtigen, die innerhalb einer der Situation vor Ort angemessenen Zeit, d.h. dem voraussichtlichen Bedarf entsprechend, möglich sein muss. ³Die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger hat während des Dienstes ihren bzw. seinen Aufenthaltsort so zu wählen, dass sie bzw. er jederzeit in der Lage ist, diese Regelung einzuhalten.

(3) Bereitschaftsdienst im Sinne dieser Richtlinie erfordert, dass die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger sich während des Dienstes an einem vom Arbeitgeber bestimmten Ort aufzuhalten hat, um im Bedarfsfall innerhalb kürzester Zeit ihre bzw. seine volle Arbeitstätigkeit aufzunehmen.

(4) Schichtdienst im Sinne dieser Richtlinie erfordert, dass die Ärztin oder der Arzt bzw. die Hebamme oder der Entbindungspfleger sich während des Dienstes am Arbeitsplatz aufzuhalten hat, um im Bedarfsfall sofort ihre bzw. seine volle Arbeitstätigkeit aufzunehmen.

II.5 Qualitätssicherungsverfahren

II.5.1 ¹Bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm ist stets von einem komplexen Versorgungsbedarf auszugehen. ²Die weitere Betreuung der Kinder und ihrer Familien im häuslichen Umfeld wird durch gezielte Entlassungsvorbereitung sichergestellt. ³Im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V stellt das

Krankenhaus noch während des stationären Aufenthalts einen Kontakt zur ambulanten, fachärztlichen Weiterbehandlung wie z. B. Sozialpädiatrischen Zentren her mit dem Ziel, dass die im Entlassbericht empfohlenen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden.

II.5.2 (1) ¹Bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm ist von einem hohen Risikopotential für spätere Entwicklungsbeeinträchtigungen, Verhaltensstörungen und Behinderungen sowie mangelndem körperlichen Gedeihen auszugehen. ²Das Krankenhaus empfiehlt im Entlassbrief die Überleitung in eine angemessene strukturierte und insbesondere entwicklungsneurologische Diagnostik und gegebenenfalls Therapie in spezialisierte Einrichtungen (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren).

(2) Die entlassende Klinik sollte innerhalb von sechs Monaten über Art und Ausmaß dieser Betreuung durch die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt informiert werden.

II.5.3 Sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, kann das Krankenhaus die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V verordnen.

II.5.4 Kontinuierliche Teilnahme an den bzw. Durchführung der folgenden speziellen Qualitätssicherungsverfahren:

- externe Infektions-Surveillance für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm (gleichwertig zu Nosocomial infection surveillance system for preterm infants on neonatology departments and ICUs (NEO-KISS)),
- entwicklungsdiagnostische Nachuntersuchung für alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm, wobei eine vollständige Teilnahme an einer Untersuchung im korrigierten Alter von zwei Jahren anzustreben ist.

II.5.5 Das Zentrum beachtet die Kriterien für eine Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal.

II.5.6 (1) ¹Möglichst nach einer Woche, spätestens jedoch 14 Tage nach der Geburt stellt das Perinatalzentrum Level 2 jedes aufgenommene Frühgeborene < 1500 g Geburtsgewicht mindestens einmal während der im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Fallbesprechung vor. ²Daran nehmen mindestens folgende Fachbereiche, Disziplinen und Berufsgruppen teil:

- Geburtshilfe einschließlich einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers,
- Neonatologie einschließlich einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers,
- bei Bedarf psychosoziale Betreuung nach Nummer II.4.3, Humangenetik, Pathologie, Krankenhaushygiene, Kinderchirurgie und Anästhesie.

(2) Das Ergebnis der Fallbesprechung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.

III Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt

III.1 Ärztliche und pflegerische Versorgung der Früh- und Reifgeborenen

- III.1.1 Perinatale Schwerpunkte befinden sich in Krankenhäusern, die eine Geburtsklinik mit Kinderklinik im Haus vorhalten oder über eine kooperierende Kinderklinik verfügen.
- III.1.2 Die ärztliche Leitung der Behandlung der Früh- und Reifgeborenen im Perinatalen Schwerpunkt obliegt einem Facharzt oder einer Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde.
- III.1.3 Die ärztliche Versorgung der Früh- und Reifgeborenen muss mit einem pädiatrischen Dienstarzt bzw. einer pädiatrischen Dienstärztin (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst ist möglich) sichergestellt sein.
- III.1.4 Die Perinatalen Schwerpunkte müssen in der Lage sein, plötzlich auftretende, unerwartete neonatologische Notfälle adäquat zu versorgen, das heißt ein Arzt oder eine Ärztin der Kinderklinik muss im Notfall innerhalb von zehn Minuten im Kreißaal und der Neugeborenenstation sein.
- III.1.5 Die kooperierende Kinderklinik hat einen Rufbereitschaftsdienst, in dem ein Facharzt oder eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde jederzeit verfügbar ist.
- III.1.6 Die Pflege der Frühgeborenen und kranken Neugeborenen erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.
- III.1.7 Bei anhaltenden gesundheitlichen Problemen des Früh- oder Reifgeborenen soll eine Verlegung in ein Perinatalzentrum Level 1 oder Perinatalzentrum Level 2 erfolgen.

III.2 Infrastruktur

- III.2.1 Es besteht die Möglichkeit zur notfallmäßigen Beatmung für Früh- und Reifgeborene.
- III.2.2 Diagnostische Verfahren für Früh- und Reifgeborene wie Radiologie, allgemeine Sonografie, Echokardiografie, Elektroenzephalografie (Standard-EEG) und Labor sind im Perinatalen Schwerpunkt verfügbar.

III.3 Qualitätssicherungsverfahren

Der Perinatale Schwerpunkt beachtet die Kriterien für eine Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal.

IV Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

Die Geburtsklinik beachtet die Kriterien für eine Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal.

Anlage 3

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen an die perinatologischen Versorgungsstufen I bis III

Selbsteinstufung des Krankenhauses

Die medizinische Einrichtung _____ in _____

erfüllt die Voraussetzungen für die folgende Versorgungsstufe (Auswahlfeld):

- ☐ Perinatalzentrum Level 1
- ☐ Perinatalzentrum Level 2
- ☐ Perinataler Schwerpunkt

Institutionskennzeichen _____

Standortnummer _____

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen. Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in den Checklisten beurteilen zu können, sind im Falle einer Prüfung dem MDK vor Ort auf Verlangen vorzulegen (§ 6 Absatz 5 QFR-RL).

Weiter mit entsprechender Checkliste

I Checkliste für Perinatalzentrum Level 1 (Versorgungsstufe I)**Präambel**

Die Einrichtung setzt für die Durchführung ärztlicher, pflegerischer und anderer Maßnahmen entwicklungsadaptierte Konzepte ein, die sich an den individuellen Bedürfnissen des Kindes und seiner Familie orientieren und verpflichtet sich, den kurz- und langfristigen Nutzen jeder therapeutischen Maßnahme stets für das einzelne Kind zu überdenken.

I.1 Geburtshilfe**I.1.1 Ärztliche Versorgung****I.1.1.1 Qualifikation der leitenden Ärztinnen und Ärzte**

Funktion	Titel	Name	Vorname	Facharzt oder Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“
Ärztliche Leitung (hauptamtlich)				☐ ja ☐ nein
Stellvertretung				☐ ja ☐ nein

Hinweis: Die Stellvertretung der ärztlichen Leitung muss innerhalb einer Frist von zwei Jahren nach ihrer Ernennung die gleiche Qualifikation wie die ärztliche Leitung nachweisen. Bis dahin sind einschlägige Erfahrungen bzw. Praxis in den Bereichen Geburtshilfe und Perinatalmedizin nachzuweisen.

I.1.1.2 Die geburtshilfliche Versorgung ist mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst im Hause ist möglich, keine Rufbereitschaft) im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP sichergestellt. ☐ ja ☐ nein

- I.1.1.3 Zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst. Sind weder die präsen- te Ärztin oder der präsen- te Arzt noch die Ärztin oder der Arzt im Rufbereitschaftsdienst ein Facharzt oder eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“, ist im Hintergrund ein Facharzt oder eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ jederzeit erreichbar. ☐ ja ☐ nein
- I.1.1.4 Das Perinatalzentrum ist als Stätte für die ärztliche Weiterbildung in dem Schwerpunkt oder für die fakultative Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ anerkannt. ☐ ja ☐ nein
- Im Perinatalzentrum liegt die Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt oder für die fakultative Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ vor. ☐ ja ☐ nein
- Hinweis: Das Perinatalzentrum soll als Stätte für die ärztliche Weiterbildung in dem Schwerpunkt oder für die fakultative Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ anerkannt sein. In der Abteilung des Zentrums soll die Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt oder für die fakultative Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ vorliegen.
- I.1.2 Hebammenhilfliche oder entbindungspflegerische Versorgung**
- I.1.2.1 Die hebammenhilfliche oder entbindungspflegerische Leitung des Kreißsaals ist einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger hauptamtlich übertragen: ☐ ja ☐ nein
- Hinweis: Die Übertragung der Leitungsfunktion an eine Beleghebamme oder einen Belegentbindungspfleger ist zulässig.
- I.1.2.2 Die nachweislich getroffenen Regelungen (Organisationsstatut) der Einrichtung stellen unabhängig von der Art des Beschäftigungsverhältnisses eine sachgerechte Ausübung der Leitungsfunktion sicher: ☐ ja ☐ nein
- I.1.2.3 Die leitende Hebamme oder der leitende Entbindungspfleger hat einen Leitungslehrgang absolviert: ☐ ja ☐ nein
- I.1.2.4 Im Kreißsaal ist die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers gewährleistet: ☐ ja ☐ nein

QFR-RL, Anlage 3

- I.1.2.5 Mindestens eine zweite Hebamme oder ein zweiter Entbindungspfleger befindet sich im Rufbereitschaftsdienst oder einer vergleichbaren Regelung als Beleghebamme oder als Belegentbindungspfleger: ☐ ja ☐ nein
- I.1.2.6 Die ständige Erreichbarkeit einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers auf der präpartalen Station ist sichergestellt: ☐ ja ☐ nein
- I.1.2.7 Die Hebammen oder Entbindungspfleger nehmen an Maßnahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements teil (z. B. Qualitätszirkel, Perinataalkonferenz): ☐ ja ☐ nein

I.1.3 Begründung, falls die Anforderungen an die ärztliche Besetzung und Qualifikation oder die hebammenhilfliche oder entbindungspflegerische Versorgung im Perinatalzentrum Level 1 (Geburtshilfe) nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

I.2 Neonatologie

I.2.1 Ärztliche Versorgung

I.2.1.1 Qualifikation der leitenden Ärztinnen und Ärzte

Funktion	Titel	Name	Vorname	Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“
Ärztliche Leitung (hauptamtlich)				☐ ja ☐ nein
Stellvertretung der ärztlichen Leitung				☐ ja ☐ nein

I.2.1.2 Die ärztliche Versorgung eines Früh- oder Reifgeborenen, welches den Aufnahmekriterien eines Perinatalzentrums Level 1 oder Level 2 entspricht ist durch einen Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, kein Bereitschaftsdienst) im neonatologischen Intensivbereich sichergestellt (für Intensivstation und Kreißsaal; nicht gleichzeitig für Routineaufgaben auf anderen Stationen oder Einheiten). ☐ ja ☐ nein

I.2.1.3 Zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst. Ist weder die präsente Ärztin oder der präsente Arzt noch die Ärztin oder der Arzt im Rufbereitschaftsdienst Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“, ist zusätzlich ein weiterer Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation eingerichtet, der hinzugezogen werden kann. ☐ ja ☐ nein

I.2.1.4 Das Perinatalzentrum ist als Stätte für die ärztliche Weiterbildung in dem Schwerpunkt Neonatologie anerkannt. ☐ ja ☐ nein

Im Perinatalzentrum liegt die Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt „Neonatologie“ vor. ☐ ja ☐ nein

Hinweis: Das Perinatalzentrum soll als Stätte für die ärztliche Weiterbildung im Schwerpunkt „Neonatologie“ anerkannt sein. In der Abteilung des Perinatalzentrums soll die Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt „Neonatologie“ vorliegen.

I.2.2 Pflegerische Versorgung

I.2.2.1	Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation besteht aus rechnerisch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen).
I.2.2.2	Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation besteht aus rechnerisch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpflegern (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen), die eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben und die am Stichtag 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllen: - mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und - mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung. Hinweis: Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils eine Einschätzung ab. Hinweis: Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer von der DKG als gleichwertig eingeschätzten landesrechtlichen Regelung.
I.2.2.3	Der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger im Pflegedienst mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische %

	Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung, welche bis zum Stichtag 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllen: - mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung - Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet - und - mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung, beträgt: Hinweis: Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen. Der Anteil dieser Pflegekräfte darf maximal 15 % betragen.
I.2.2.4	Rechnerisch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) verfügen über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“.
I.2.2.5	Rechnerisch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) befinden sich in einer Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den vorstehend aufgeführten Empfehlungen. Hinweis: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Nummer 2.2.5 befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tätig sind.
I.2.2.6	Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den vorstehend aufgeführten Empfehlungen beträgt: % Hinweis: Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.

QFR-RL, Anlage 3

I.2.2.7	Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den vorstehend aufgeführten Empfehlungen befinden, beträgt: % Hinweis: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Nummer 2.2.5 befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tätig sind. Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
I.2.2.8	Rechnerisch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) verfügen nicht über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“, aber erfüllen am Stichtag 1. Januar 2017 folgende Voraussetzungen: - mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung - Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet - und - mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.
I.2.2.9	Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die nicht über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ verfügen, aber bis zum Stichtag 1. Januar 2017 folgende Voraussetzungen erfüllen: - mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung - Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet - und - mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung beträgt: % Hinweis: Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen. Die Summe aus den Nummern 2.2.3, 2.2.6 und 2.2.9 und dem halben Wert aus Nummer 2.2.7 beträgt mindestens 40 %: ☐ ja ☐ nein

QFR-RL, Anlage 3

I.2.2.10	In jeder Schicht wird ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit Qualifikation nach Nummer 2.2.4 oder Nummer 2.2.8 eingesetzt: Hinweis: In jeder Schicht soll eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Qualifikation nach Nummer 2.2.4 oder Nummer 2.2.8 eingesetzt werden.	☐ ja	☐ nein
I.2.2.11	Auf der neonatologischen Intensivstation ist jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar:	☐ ja	☐ nein
I.2.2.12	Auf der neonatologischen Intensivstation ist jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar:	☐ ja	☐ nein
I.2.2.13	Im vergangenen Kalenderjahr waren die Mindestanforderungen gemäß Nummer I.2.2 Absatz 5 und Absatz 6 der Anlage 2 immer zu mindestens 90 % der Schichten erfüllt: Die Anzahl aller Schichten betrug im vergangenen Kalenderjahr mit intensivtherapiepflichtigen und/oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g auf der neonatologischen Intensivstation: _____ Schichten Die Anzahl der Schichten, in denen die Vorgaben nach 2.2.11 und/oder 2.2.12 erfüllt wurden, betrug im vergangenen Kalenderjahr: _____ Schichten <i>Hinweis: Dieses Kriterium ist nur für die Erfassungsjahre 2020 bis 2022 gültig.</i>	☐ ja	☐ nein
I.2.2.14	Im vergangenen Kalenderjahr waren die Mindestanforderungen gemäß Nummer I.2.2 Absatz 5 und Absatz 6 der Anlage 2 immer zu mindestens 95 % der Schichten erfüllt:	☐ ja	☐ nein

QFR-RL, Anlage 3

	Die Anzahl aller Schichten betrug im vergangenen Kalenderjahr mit intensivtherapiepflichtigen und/oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g auf der neonatologischen Intensivstation: Die Anzahl der Schichten, in denen die Vorgaben nach I.2.2.11 und/oder I.2.2.12 erfüllt wurden, betrug im vergangenen Kalenderjahr: <i>Hinweis: Dieses Kriterium ist nur für das Erfassungsjahr 2023 gültig.</i>	____ Schichten ____ Schichten
I.2.2.15	Wie oft erfolgte im vergangenen Kalenderjahr eine Abweichung von den Anforderungen gemäß § 12 Absatz 1 Satz 2?	____ Häufigkeit
I.2.2.16	Lagen im vergangenen Kalenderjahr Voraussetzungen für den Ausnahmetatbestand mehr als 15% krankheitsbedingten Ausfall des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals vor? Wenn ja:	☐ ja ☐ nein ____ Häufigkeit
I.2.2.17	Lagen im vergangenen Kalenderjahr Voraussetzungen für den Ausnahmetatbestand unvorhergesehener Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen unter 1500 g Geburtsgewicht innerhalb einer Schicht vor? Wenn ja:	☐ ja ☐ nein ____ Häufigkeit
I.2.2.18	Für alle weiteren Patientinnen und Patienten auf der neonatologischen Intensivstation setzt das Perinatalzentrum qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen – unabhängig von Fachweiterbildung bzw. spezieller Erfahrung) in ausreichender Zahl ein.	☐ ja ☐ nein

I.2.2.19	Es findet ein Personalmanagementkonzept Anwendung: Für die Versorgung dieser weiteren intensivtherapiepflichtigen Patienten wird im Personalmanagementkonzept folgender Planungsschlüssel zu Grunde gelegt: Für die Versorgung dieser weiteren intensivüberwachungspflichtigen Patienten wird im Personalmanagementkonzept folgender Planungsschlüssel zu Grunde gelegt: Für die Versorgung der übrigen Patienten auf der neonatologischen Intensivstation wird im Personalmanagementkonzept folgender Planungsschlüssel zu Grunde gelegt:	☐ ja ☐ nein 1: ____ 1: ____ 1: ____
I.2.2.20	Die Stationsleiterin oder der Stationsleiter der Intensivstation hat eine Weiterbildung im Bereich „Leitung einer Station/eines Bereiches“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 28. November 2017 (in der Fassung vom 17. September 2018) oder eine vergleichbare Hochschulqualifikation oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung, sowie ab 1. Januar 2029 eine Weiterbildung im pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß 2.2.4 oder 2.2.6 absolviert.	☐ ja ☐ nein
I.2.2.21	Hat das Perinatalzentrum dem G-BA mitgeteilt, dass es nach dem 1. Januar 2017 die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 nicht erfüllt? Wenn ja, dann: Nimmt das Perinatalzentrum auf Landesebene an einem gesonderten klärenden Dialog zu seiner Personalsituation mit dem verantwortlichen Gremium nach § 14 Absatz 1 Satz 1 der QSKH-RL (Lenkungs-gremium) teil?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

I.2.3 Begründung, falls die Anforderungen an die ärztliche Besetzung und Qualifikation oder die pflegerische Versorgung im Perinatalzentrum Level 1 (Neonatologie) nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

I.2.4 Ereignisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben

Art des Ereignisses	Datum	Dauer der Abweichung (in Std)*	Begründung der Nichterfüllung

*Hinweis: Hier ist die gesamte Dauer der jeweiligen Abweichung von den vorgegebenen Pflegepersonalschlüsseln in Stunden aufgrund eines bestimmten Ereignisses anzugeben, d.h. ohne Schichtbezug.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

I.3 Infrastruktur

I.3.1 Lokalisation von Entbindungsbereich und neonatologischer Intensivstation

Der Entbindungsbereich, Operationsbereich und die neonatologische Intensivstation befinden sich im selben Gebäude (möglichst Wand an Wand) oder in miteinander verbundenen Gebäuden:

☐ ja ☐ nein

I.3.2 Geräteausstattung der neonatologischen Intensivstation

I.3.2.1 Die neonatologische Intensivstation verfügt über mindestens sechs neonatologische Intensivtherapieplätze:

☐ ja ☐ nein

I.3.2.2 An jedem Intensivtherapieplatz ist ein Intensivpflege-Inkubator verfügbar:

☐ ja ☐ nein

I.3.2.3 An jedem Intensivtherapieplatz ist ein Monitoring bzgl. EKG, Blutdruck und Pulsoximetrie verfügbar:

☐ ja ☐ nein

I.3.2.4 Vier Intensivtherapieplätze verfügen über je mindestens ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene und die Möglichkeit zur transkutanen pO_2 - und pCO_2 -Messung:

☐ ja ☐ nein

I.3.2.5 Ein Röntgengerät ist auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart verfügbar:

☐ ja ☐ nein

I.3.2.6 Ein Ultraschallgerät (inklusive Echokardiografie) ist auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart verfügbar:

☐ ja ☐ nein

I.3.2.7 Ein Elektroenzephalografiegerät (Standard EEG bzw. Amplituden-integriertes EEG) ist auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart verfügbar:

☐ ja ☐ nein

I.3.2.8 Ein Blutgasanalysegerät ist auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart verfügbar:

☐ ja ☐ nein

I.3.2.9 Das Blutgasanalysegerät ist innerhalb von drei Minuten erreichbar:

☐ ja ☐ nein

I.3.3 Voraussetzungen für eine neonatologische Notfallversorgung außerhalb des eigenen Perinatalzentrums Level 1

QFR-RL, Anlage 3

Das Perinatalzentrum ist in der Lage, im Notfall Früh- und Reifgeborene außerhalb des eigenen Zentrums angemessen zu versorgen und mittels mobiler Intensiveinheit in das Zentrum zu transportieren:

☐ ja ☐ nein

Hinweis: Das Perinatalzentrum Level 1 darf die zu diesem Zweck vorgehaltenen Strukturen nicht anbieten, um planbare Risikogeburten in anderen Kliniken zu ermöglichen.

I.3.4 Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung

Die Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung im Perinatalzentrum sind gegeben:

☐ ja ☐ nein

I.3.5 Begründung, falls die Anforderungen an die Infrastruktur im Perinatalzentrum Level 1 nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

I.4 Ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen

I.4.1 Ärztliche Dienstleistungen

Ärztliche Dienstleistungen folgender Fachrichtungen werden im Perinatalzentrum des Level 1 vorgehalten.

- I.4.1.1 Kinderchirurgie als Rufbereitschaftsdienst oder eine vergleichbare Regelung im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- I.4.1.2 Kinderkardiologie als Rufbereitschaftsdienst oder eine vergleichbare Regelung im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung. ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- I.4.1.3.1 Mikrobiologie (ärztliche Befundbewertung und Befundauskunft) als Regeldienst (auch telefonisch) ☐ ja ☐ nein
- I.4.1.3.2 Zusätzlich besteht an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen mindestens eine Rufbereitschaft (auch telefonisch), die auf ein bestimmtes Zeitfenster beschränkt werden kann. ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- I.4.1.4 Radiologie als Rufbereitschaftsdienst oder eine vergleichbare Regelung im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- I.4.1.5 Neuropädiatrie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst, das klinische Konsil im Perinatalzentrum erfolgt nach Terminvereinbarung ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

- I.4.1.6 Ophthalmologie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst, das klinische Konsil im Perinatalzentrum erfolgt nach Terminvereinbarung ☐ ja ☐ nein
- Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- I.4.1.7 Humangenetik mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst, das klinische Konsil sowie die genetische Beratung erfolgen nach Terminvereinbarung ☐ ja ☐ nein
- Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- I.4.2 Nicht-ärztliche Dienstleistungen**
- Folgende nicht-ärztliche Dienstleistungen sind im Perinatalzentrum des Level 1 verfügbar.
- I.4.2.1 Laborleistungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst oder einer vergleichbaren Regelung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen. ☐ ja ☐ nein
- Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- I.4.2.2 Mikrobiologische Laborleistungen als Regeldienst auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen. ☐ ja ☐ nein
- Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- I.4.2.3 Die Durchführung von Röntgenuntersuchungen ist im Schicht- oder Bereitschaftsdienst oder durch eine vergleichbare Regelung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen gewährleistet. ☐ ja ☐ nein
- Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

I.4.3 Professionelle psychosoziale Betreuung

Eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern (zum Beispiel durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Diplompsychologinnen und Diplompsychologen, Psychiaterinnen und Psychiater und darüber hinaus Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) ist den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie im Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm pro Jahr fest zugeordnet und steht montags bis freitags zur Verfügung.

☐ ja ☐ nein

Die Dienstleistung wird erbracht von

☐ eigener Fachabteilung

☐ Kooperationspartner

Hinweis: Es muss sichergestellt sein, dass die Betreuung im Perinatalzentrum möglich ist.

I.4.4 Begründung, falls die Anforderungen an die Dienstleistungen bzw. Konsiliardienste im Perinatalzentrum Level 1 nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden.

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

I.5 Qualitätssicherungsverfahren

I.5.1 Entlassungsvorbereitung und Überleitung in sozialmedizinische Nachsorge

Bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm ist stets von einem komplexen Versorgungsbedarf auszugehen. Die weitere Betreuung der Kinder und ihrer Familien im häuslichen Umfeld wird durch gezielte Entlassungsvorbereitung sichergestellt.

Im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V stellt das Krankenhaus noch während des stationären Aufenthalts einen Kontakt zur ambulanten, fachärztlichen Weiterbehandlung wie z. B. Sozialpädiatrischen Zentren her mit dem Ziel, dass die im Entlassbericht empfohlenen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden.

☐ ja ☐ nein

I.5.2 Überleitung in eine strukturierte entwicklungsneurologische, diagnostische und gegebenenfalls therapeutische Betreuung

Die Überleitung in eine angemessene strukturierte und insbesondere entwicklungsneurologische Diagnostik und gegebenenfalls Therapie in spezialisierte Einrichtungen (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren) wird bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm im Entlassbrief empfohlen:

☐ ja ☐ nein

I.5.3 Verordnung sozialmedizinischer Nachsorge

Bei erfüllten Anspruchsvoraussetzungen wird die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V verordnet.

☐ ja ☐ nein

Hinweis: Sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, kann das Krankenhaus die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V verordnen.

I.5.4 Teilnahme an speziellen Qualitätssicherungsverfahren

Eine Erklärung über die kontinuierliche Teilnahme an bzw. ein Nachweis der Durchführung von folgenden speziellen Qualitätssicherungsverfahren liegt vor:

QFR-RL, Anlage 3

- I.5.4.1 externe Infektions-Surveillance für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm (gleichwertig zu Nosocomial infection surveillance system for preterm infants on neonatology departments and ICUs (NEO-KISS)) ☐ ja ☐ nein
☐ NEO-KISS
☐ gleichwertig zu NEO-KISS
- I.5.4.2 entwicklungsdiagnostische Nachuntersuchung für alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm; dabei wird eine vollständige Teilnahme an einer Untersuchung im korrigierten Alter von zwei Jahren angestrebt. ☐ ja ☐ nein
- I.5.5 Interdisziplinäre Fallbesprechungen**
- I.5.5.1 Möglichst nach einer Woche, spätestens jedoch 14 Tage nach der Geburt stellt das Zentrum jedes aufgenommene Frühgeborene < 1500 g Geburtsgewicht mindestens einmal während der im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Fallbesprechungen vor. Daran nehmen mindestens folgende Fachbereiche, Disziplinen und Berufsgruppen teil: Geburtshilfe einschließlich einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers, Neonatologie einschließlich einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers, bei Bedarf: psychosoziale Betreuung nach Nummer I.4.3 Anlage 2, Humangenetik, Pathologie, Krankenhaushygiene, Kinderchirurgie und Anästhesie. ☐ ja ☐ nein
- I.5.5.2 Das Ergebnis der Fallbesprechung ist in der Patientenakte dokumentiert. ☐ ja ☐ nein
- I.5.6 Begründung, falls die Anforderungen an die Qualitätssicherungsverfahren im Perinatalzentrum Level 1 nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden**

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

--	--	--

I.6 Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung
Neonatologie

Ärztliche Leitung
Geburtshilfe

Pflegedirektion

Geschäftsführung/
Verwaltungsdirektion

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

II Checkliste für Perinatalzentrum Level 2 (Versorgungsstufe II)

Präambel:

Die Einrichtung setzt für die Durchführung ärztlicher, pflegerischer und anderer Maßnahmen entwicklungsadaptierte Konzepte ein, die sich an den individuellen Bedürfnissen des Kindes und seiner Familie orientieren und verpflichtet sich, den kurz- und langfristigen Nutzen jeder therapeutischen Maßnahme stets für das einzelne Kind zu überdenken.

II.1 Geburtshilfe**II.1.1 Ärztliche Versorgung****II.1.1.1 Qualifikation der leitenden Ärzte**

Funktion	Titel	Name	Vorname	Facharzt oder Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“
Ärztliche Leitung (hauptamtlich)				☐ ja ☐ nein
	Titel	Name	Vorname	Facharzt oder Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“; alternativ: mindestens dreijährige klinische Erfahrung bzw. Praxis in den Bereichen Geburtshilfe und Perinatalmedizin
Vertretung durch:				☐ ja ☐ nein

II.1.1.2	Die geburtshilfliche Versorgung ist mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst im Hause ist möglich, keine Rufbereitschaft) im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP sichergestellt.	☐ ja	☐ nein
II.1.1.3	Zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst. Sind weder die präsen- te Ärztin oder der präsen- te Arzt noch die Ärztin oder der Arzt im Rufbereitschaftsdienst Fachärztin oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“, ist im Hintergrund eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ jederzeit erreichbar.	☐ ja	☐ nein

II.1.2 Hebammenhilfliche bzw. entbindungspflegerische Versorgung

II.1.2.1	Die hebammenhilfliche bzw. entbindungspflegerische Leitung des Kreißsaals ist einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger hauptamtlich übertragen:	☐ ja	☐ nein
Hinweis: Die Übertragung der Leitungsfunktion an eine Beleghebamme oder einen Belegentbindungspfleger ist zulässig.			
II.1.2.2	Die nachweislich getroffenen Regelungen (Organisationsstatut) der Einrichtung stellen unabhängig von der Art des Beschäftigungsverhältnisses eine sachgerechte Ausübung der Leitungsfunktion sicher:	☐ ja	☐ nein
II.1.2.3	Die leitende Hebamme oder der leitende Entbindungspfleger hat einen Leitungslehrgang absolviert:	☐ ja	☐ nein

QFR-RL, Anlage 3

- II.1.2.4 Im Kreißsaal ist die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers gewährleistet: ☐ ja ☐ nein
- II.1.2.5 Mindestens eine zweite Hebamme oder ein zweiter Entbindungspfleger befindet sich im Rufbereitschaftsdienst oder einer vergleichbaren Regelung als Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger: ☐ ja ☐ nein
- II.1.2.6 Die ständige Erreichbarkeit einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers auf der präpartalen Station ist sichergestellt: ☐ ja ☐ nein
- II.1.2.7 Die Hebammen und Entbindungspfleger nehmen an Maßnahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements teil (z.B. Qualitätszirkel, Perinataalkonferenz): ☐ ja ☐ nein

II.1.3 Begründung, falls die Anforderungen an die ärztliche Besetzung und Qualifikation bzw. die hebammenhilfliche bzw. entbindungspflegerische Versorgung im Perinatalzentrum Level 2 (Geburtshilfe) nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

II.2 Neonatologie**II.2.1 Ärztliche Versorgung****II.2.1.1 Qualifikation der leitenden Ärztinnen und Ärzte**

Funktion	Titel	Name	Vorname	Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“
Ärztliche Leitung (hauptamtlich)				☐ ja ☐ nein
Vertretung der ärztlichen Leitung				☐ ja ☐ nein

II.2.1.2 Die ärztliche Versorgung eines Früh- oder Reifgeborenen, welches den Aufnahmekriterien eines Perinatalzentrums Level 2 entspricht, ist mit permanenter Arztpräsenz (Schicht- oder Bereitschaftsdienst, keine Rufbereitschaft) im neonatologischen Intensivbereich sichergestellt (für Intensivstation und Kreißsaal; nicht gleichzeitig für Routineaufgaben auf anderen Stationen oder Einheiten).

☐ ja ☐ nein

II.2.1.3 Zusätzlich besteht ein Rufbereitschaftsdienst. Sind weder die präsente Ärztin oder der präsente Arzt noch die Ärztin oder der Arzt im Rufbereitschaftsdienst Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“, ist im Hintergrund eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“ jederzeit erreichbar.

☐ ja ☐ nein

II.2.2 Pflegerische Versorgung

II.2.2.1	Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation besteht aus rechnerisch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen).
II.2.2.2	Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation besteht aus rechnerisch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpflegern (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen), die eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-

Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben und die am Stichtag 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllen:

- mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und
- mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.

Hinweis: Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils eine Einschätzung ab.

Hinweis: Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) oder einer von der DKG als gleichwertig eingeschätzten landesrechtlichen Regelung.

II.2.2.3

Der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger im Pflegedienst mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung, welche bis zum Stichtag 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllen:

- mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung - Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet - und

QFR-RL, Anlage 3

	- mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung, beträgt: Hinweis: Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen. Der Anteil dieser Pflegekräfte darf maximal 15 % betragen,
II.2.2.4	Rechnerisch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) verfügen über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“.
II.2.2.5	Rechnerisch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) befinden sich in einer Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den vorstehend aufgeführten Empfehlungen. Hinweis: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Nummer 2.2.5 befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tätig sind.
II.2.2.6	Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den vorstehend aufgeführten Empfehlungen beträgt: % Hinweis: Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
II.2.2.7	Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den vorstehend aufgeführten Empfehlungen befinden, beträgt: %

QFR-RL, Anlage 3

	Hinweis: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Nummer 2.2.5 befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tätig sind. Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
II.2.2.8	Rechnerisch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, das heißt Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) verfügen nicht über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“, aber erfüllen am Stichtag 1. Januar 2017 folgende Voraussetzungen: - mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und - mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.
II.2.2.9	Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die nicht über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ verfügen, aber bis zum Stichtag 1. Januar 2017 folgende Voraussetzungen erfüllen: - mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und - mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung beträgt: % Hinweis: Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen. Die Summe aus den Nummern 2.2.3, 2.2.6 und 2.2.9 und dem halben Wert aus Nummer 2.2.7 beträgt mindestens 30 %: ☐ ja ☐ nein
II.2.2.10	In jeder Schicht wird eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Qualifikation nach Nummer 2.2.4 oder Nummer 2.2.8 eingesetzt: ☐ ja ☐ nein

QFR-RL, Anlage 3

Hinweis: In jeder Schicht soll eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Qualifikation nach Nummer 2.2.4 oder Nummer 2.2.8 eingesetzt werden.	
II.2.2.11	Auf der neonatologischen Intensivstation ist jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar: ☐ ja ☐ nein
II.2.2.12	Auf der neonatologischen Intensivstation ist jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar: ☐ ja ☐ nein
II.2.2.13	Im vergangenen Kalenderjahr waren die Mindestanforderungen gemäß Nummer II.2.2 Absatz 5 und Absatz 6 der Anlage 2 immer zu mindestens 90 % der Schichten erfüllt: ☐ ja ☐ nein Die Anzahl aller Schichten betrug im vergangenen Kalenderjahr mit intensivtherapiepflichtigen und/oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g auf der neonatologischen Intensivstation: _____ Schichten Die Anzahl der Schichten, in denen die Vorgaben nach Nummer 2.2.11 und/oder Nummer 2.2.12 erfüllt wurden, betrug im vergangenen Kalenderjahr: _____ Schichten <i>Hinweis: Dieses Kriterium ist nur für die Erfassungsjahre 2020 bis 2022 gültig</i>
II.2.2.14	Im vergangenen Kalenderjahr waren die Mindestanforderungen gemäß Nummer II.2.2 Absatz 5 und Absatz 6 der Anlage 2 immer zu mindestens 95 % der Schichten erfüllt: ☐ ja ☐ nein Die Anzahl aller Schichten betrug im vergangenen Kalenderjahr mit intensivtherapiepflichtigen und/oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g auf der neonatologischen Intensivstation: _____ Schichten

QFR-RL, Anlage 3

Die Anzahl der Schichten, in denen die Vorgaben nach Nummer II.2.2.11 und/oder Nummer II.2.2.12 erfüllt wurden, betrug ____ Schichten im vergangenen Kalenderjahr:

Hinweis: Dieses Kriterium ist nur für das Erfassungsjahr 2023 gültig.

II.2.2.15	Wie oft erfolgte im vergangenen Kalenderjahr eine Abweichung von den Anforderungen gemäß § 12 Absatz 1 Satz 2?	____ Häufigkeit
II.2.2.16	Lagen im vergangenen Kalenderjahr Voraussetzungen für den Ausnahmetatbestand mehr als 15% krankheitsbedingten Ausfall des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals vor?	☐ ja ☐ nein Wenn ja: ____ Häufigkeit
II.2.2.17	Lagen im vergangenen Kalenderjahr Voraussetzungen für den Ausnahmetatbestand unvorhergesehener Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen unter 1500 g Geburtsgewicht innerhalb einer Schicht vor?	☐ ja ☐ nein Wenn ja: ____ Häufigkeit
II.2.2.18	Für alle weiteren Patientinnen und Patienten auf der neonatologischen Intensivstation setzt das Perinatalzentrum qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen – unabhängig von Fachweiterbildung bzw. spezieller Erfahrung) in ausreichender Zahl ein.	☐ ja ☐ nein
II.2.2.19	Es findet ein Personalmanagementkonzept Anwendung:	☐ ja ☐ nein
	Für die Versorgung dieser weiteren intensivtherapiepflichtigen Patienten wird im Personalmanagementkonzept folgender Planungsschlüssel zu Grunde gelegt:	1: ____

	Für die Versorgung dieser weiteren intensivüberwachungspflichtigen Patienten wird im Personalmanagementkonzept folgender Planungsschlüssel zu Grunde gelegt: 1: ____ Für die Versorgung der übrigen Patienten auf der neonatologischen Intensivstation wird im Personalmanagementkonzept folgender Planungsschlüssel zu Grunde gelegt: 1: ____	
II.2.2.20	Die Stationsleiterin oder der Stationsleiter der Intensivstation hat eine Weiterbildung im Bereich „Leitung einer Station/eines Bereiches“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 28. November 2017 (in der Fassung vom 17. September 2018) oder eine vergleichbare Hochschulqualifikation oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung, sowie ab 1. Januar 2029 eine Weiterbildung im pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Nummer 2.2.4 oder Nummer 2.2.6. absolviert. ☐ ja ☐ nein	
II.2.2.21	Hat das Perinatalzentrum dem G-BA mitgeteilt, dass es nach dem 1. Januar 2017 die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer II.2.2 nicht erfüllt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, dann: Nimmt das Perinatalzentrum auf Landesebene an einem gesonderten klärenden Dialog zu seiner Personalsituation mit dem verantwortlichen Gremium nach § 14 Absatz 1 Satz 1 der QSKH-RL (Lenkungsgremium) teil? ☐ ja ☐ nein	

II.2.3 Begründung, falls die Anforderungen an die ärztliche Besetzung und Qualifikation bzw. die pflegerische Versorgung im Perinatalzentrum Level 2 (Neonatologie) nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

II.2.4 Ereignisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben

Art des Ereignisses	Datum	Dauer der Abweichung (in Std)*	Begründung der Nichterfüllung

*Hinweis: Hier ist die gesamte Dauer der jeweiligen Abweichung von den vorgegebenen Pflegepersonalschlüsseln in Stunden aufgrund eines bestimmten Ereignisses anzugeben, d.h. ohne Schichtbezug.

II.3 Infrastruktur**II.3.1 Lokalisation von Entbindungsbereich und neonatologischer Intensivstation**

Der Entbindungsbereich, Operationsbereich und die neonatologische Intensivstation befinden sich im selben Gebäude ☐ ja ☐ nein (möglichst Wand an Wand) oder in miteinander verbundenen Gebäuden.

II.3.2 Geräteausstattung der neonatologischen Intensivstation

II.3.2.1 Die neonatologische Intensivstation verfügt über mindestens vier neonatologische Intensivtherapieplätze: ☐ ja ☐ nein

II.3.2.2 An jedem Intensivtherapieplatz ist ein Intensivpflege-Inkubator verfügbar: ☐ ja ☐ nein

II.3.2.3 An jedem Intensivtherapieplatz ist ein Monitoring bzgl. EKG, Blutdruck und Pulsoximetrie verfügbar: ☐ ja ☐ nein

QFR-RL, Anlage 3

- II.3.2.4 Zwei Intensivtherapieplätze verfügen über je mindestens ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene und die Möglichkeit zur transkutanen pO₂- und pCO₂-Messung: ☐ ja ☐ nein
- II.3.2.5 Ein Röntgengerät ist auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart verfügbar: ☐ ja ☐ nein
- II.3.2.6 Ein Ultraschallgerät (inkl. Echokardiografie) ist auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart verfügbar: ☐ ja ☐ nein
- II.3.2.7 Ein Elektroenzephalografiegerät (Standard EEG bzw. Amplituden-integriertes EEG) ist auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart verfügbar: ☐ ja ☐ nein
- II.3.2.8 Ein Blutgasanalysegerät ist auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart verfügbar: ☐ ja ☐ nein
- II.3.2.9 Das Blutgasanalysegerät ist innerhalb von 3 Minuten erreichbar: ☐ ja ☐ nein

II.3.3 Begründung, falls die Anforderungen an die Infrastruktur im Perinatalzentrum Level 2 nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

II.4 Ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen

II.4.1 Ärztliche Dienstleistungen

QFR-RL, Anlage 3

Ärztliche Dienstleistungen folgender Fachrichtungen werden im Perinatalzentrum Level 2 vorgehalten.

- II.4.1.1 Kinderchirurgie als Rufbereitschaftsdienst oder eine vergleichbare Regelung im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung. ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- II.4.1.2 Kinderkardiologie als Rufbereitschaftsdienst oder eine vergleichbare Regelung im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung. ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- II.4.1.3.1 Mikrobiologie (ärztliche Befundbewertung und Befundauskunft) als Regeldienst (auch telefonisch). ☐ ja ☐ nein
- II.4.1.3.2 Zusätzlich besteht an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen mindestens eine Rufbereitschaft (auch telefonisch), die auf ein bestimmtes Zeitfenster beschränkt werden kann. ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- II.4.1.4 Radiologie als Rufbereitschaftsdienst oder eine vergleichbare Regelung im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung. ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- II.4.1.5 Neuropädiatrie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst, das klinische Konsil im Perinatalzentrum erfolgt nach Terminvereinbarung. ☐ ja ☐ nein
Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

QFR-RL, Anlage 3

II.4.1.6 Ophthalmologie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst, das klinische Konsil im Perinatalzentrum erfolgt nach Terminvereinbarung. ☐ ja ☐ nein

Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

II.4.1.7 Humangenetik mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst, das klinische Konsil sowie die genetische Beratung erfolgen nach Terminvereinbarung. ☐ ja ☐ nein

Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

II.4.2 Nicht-ärztliche Dienstleistungen

Folgende nicht-ärztliche Dienstleistungen werden im Perinatalzentrum Level 2 vorgehalten.

II.4.2.1 Laborleistungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst oder einer vergleichbaren Regelung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen. ☐ ja ☐ nein

Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

II.4.2.2 Mikrobiologische Laborleistungen als Regeldienst auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen. ☐ ja ☐ nein

Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

II.4.2.3 Die Durchführung von Röntgenuntersuchungen ist im Schicht- oder Bereitschaftsdienst oder durch eine vergleichbare Regelung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen gewährleistet. ☐ ja ☐ nein

Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

II.4.3 Professionelle psychosoziale Betreuung

Eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern (zum Beispiel durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Diplompsychologinnen und Diplompsychologen, Psychiaterinnen und Psychiater und darüber hinaus Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) ist den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie im Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm pro Jahr fest zugeordnet und steht montags bis freitags zur Verfügung. ☐ ja ☐ nein

Die Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigenen Mitarbeitern ☐ Kooperationspartnern

II.4.4 Begründung, falls die Anforderung an die Dienstleistungen bzw. Konsiliardienste im Perinatalzentrum Level 2 nicht bzw. nicht vollständig erfüllt wird

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

II.5 Qualitätssicherungsverfahren

II.5.1 Entlassungsvorbereitung und Überleitung in sozialmedizinische Nachsorge

Bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm ist stets von einem komplexen Versorgungsbedarf auszugehen. Die weitere Betreuung der Kinder und ihrer Familien im häuslichen Umfeld wird durch gezielte Entlassungsvorbereitung sichergestellt.

☐ ja ☐ nein

Im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V stellt das Krankenhaus noch während des stationären Aufenthaltes einen Kontakt zur ambulanten, fachärztlichen Weiterbehandlung wie z. B. Sozialpädiatrischen Zentren her mit dem Ziel, dass die im Entlassbericht empfohlenen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden.

II.5.2 Überleitung in eine strukturierte entwicklungsneurologische, diagnostische und gegebenenfalls therapeutische Betreuung

Die Überleitung in eine angemessene strukturierte und insbesondere entwicklungsneurologische Diagnostik und gegebenenfalls Therapie in spezialisierte Einrichtungen (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren) wird bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm im Entlassbrief empfohlen.

☐ ja ☐ nein

II.5.3 Verordnung sozialmedizinischer Nachsorge

Bei erfüllten Anspruchsvoraussetzungen wird die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V verordnet.

☐ ja ☐ nein

Hinweis: Sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, kann das Krankenhaus die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V verordnen.

II.5.4 Teilnahme an speziellen Qualitätssicherungsverfahren

Eine Erklärung über die kontinuierliche Teilnahme an bzw. ein Nachweis der Durchführung von folgenden speziellen Qualitätssicherungsverfahren liegt vor:

II.5.4.1 externe Infektions-Surveillance für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm (gleichwertig zu Nosocomial infection surveillance system for preterm infants on neonatology departments and ICUs (NEO-KISS))

☐ ja ☐ nein

☐ NEO-KISS

☐ gleichwertig zu
NEO-KISS

- II.5.4.2 entwicklungsdiagnostische Nachuntersuchung für alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm; dabei wird eine vollständige Teilnahme an einer Untersuchung im korrigierten Alter von zwei Jahren angestrebt. ☐ ja ☐ nein

II.5.5 Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe

- Das Perinatalzentrum Level 2 beachtet die Kriterien für eine Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal. ☐ ja ☐ nein

II.5.6 Interdisziplinäre Fallbesprechungen

- II.5.6.1 Möglichst nach einer Woche, spätestens jedoch 14 Tage nach der Geburt stellt das Zentrum jedes aufgenommene Frühgeborene < 1500 g Geburtsgewicht mindestens einmal während der im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Fallbesprechungen vor. Daran nehmen mindestens folgende Fachbereiche, Disziplinen und Berufsgruppen teil: Geburtshilfe einschließlich einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers, Neonatologie einschließlich einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers, bei Bedarf: psychosoziale Betreuung nach Nummer II.4.3 der Anlage 2, Humangenetik, Pathologie, Krankenhaushygiene, Kinderchirurgie und Anästhesie. ☐ ja ☐ nein

- II.5.6.2 Das Ergebnis der Fallbesprechungen ist in der Patientenakte dokumentiert. ☐ ja ☐ nein

II.5.7 **Begründung, falls die Anforderungen an die Qualitätssicherungsverfahren im Perinatalzentrum Level 2 nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden**

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung
---------------------	-------------------------------	-----------------------------------

II.6 Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung
Neonatologie

Ärztliche Leitung
Geburtshilfe

Pflegedirektion

Geschäftsführung /
Verwaltungsdirektion

III Checkliste für Perinatalen Schwerpunkt (Versorgungsstufe III)

Präambel

Die Einrichtung setzt für die Durchführung ärztlicher, pflegerischer und anderer Maßnahmen entwicklungsadaptierte Konzepte ein, die sich an den individuellen Bedürfnissen des Kindes und seiner Familie orientieren und verpflichtet sich, den kurz- und langfristigen Nutzen jeder therapeutischen Maßnahme stets für das einzelne Kind zu überdenken.

III.1 Ärztliche und pflegerische Versorgung der Neugeborenen

- III.1.1 Der Perinatale Schwerpunkt befindet sich in einem Krankenhaus, das eine Geburtsklinik mit Kinderklinik im Haus vorhält. ☐ ja ☐ nein
oder:

Der Perinatale Schwerpunkt befindet sich in einem Krankenhaus, das eine Geburtsklinik im Haus vorhält und über eine kooperierende Kinderklinik verfügt. ☐ ja ☐ nein

- III.1.2 Die ärztliche Leitung der Behandlung der Früh- und Reifgeborenen im Perinatalen Schwerpunkt obliegt einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde. ☐ ja ☐ nein

Funktion	Titel	Name	Vorname	Facharzt oder Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde
Ärztliche Leitung				☐ ja ☐ nein

- III.1.3 Die ärztliche Versorgung der Früh- und Reifgeborenen ist mit einem pädiatrischen Dienstarzt (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst ist möglich) sichergestellt. ☐ ja ☐ nein

- III.1.4 Der Perinatale Schwerpunkt ist in der Lage, plötzlich auftretende, unerwartete neonatologische Notfälle adäquat zu versorgen, das heißt eine Ärztin oder ein Arzt der Kinderklinik kann im Notfall innerhalb von zehn Minuten im Kreißaal und der Neugeborenenstation sein. ☐ ja ☐ nein

QFR-RL, Anlage 3

- III.1.5 Die kooperierende Kinderklinik hat einen Rufbereitschaftsdienst, in dem ein Facharzt oder eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde jederzeit verfügbar ist. ☐ ja ☐ nein
- III.1.6 Die Pflege der Frühgeborenen und kranken Neugeborenen erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. ☐ ja ☐ nein
- III.1.7 Bei anhaltenden gesundheitlichen Problemen des Früh- oder Reifgeborenen erfolgt eine Verlegung in ein Perinatalzentrum des Level 1 oder Level 2. ☐ ja ☐ nein

III.2 Infrastruktur

- III.2.1 Es besteht die Möglichkeit zur notfallmäßigen Beatmung von Früh- und Reifgeborenen. ☐ ja ☐ nein
- III.2.2 Diagnostische Verfahren für Früh- und Reifgeborene wie Radiologie, allgemeine Sonografie, Echokardiografie, Elektroenzephalografie (Standard-EEG) und Labor sind im Perinatalen Schwerpunkt verfügbar. ☐ ja ☐ nein
- Die radiologische Dienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner
- Die Labordienstleistung wird erbracht von ☐ eigener Fachabteilung ☐ Kooperationspartner

III.3 Qualitätssicherungsverfahren

- III.3.1 Der Perinatale Schwerpunkt beachtet die Kriterien für eine Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal. ☐ ja ☐ nein
- III.3.2 Begründung, falls die Anforderungen an die Qualitätssicherungsverfahren im Perinatalen Schwerpunkt nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden

QFR-RL, Anlage 3

Art der Anforderung	Begründung der Nichterfüllung	geplanter Zeitpunkt der Erfüllung

III.4 Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name

Datum

Unterschrift

Leitung Kinderklinik

Leitung Frauenklinik

Geschäftsführung /
Verwaltungsdirektion

Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Veröffentlichung der Ergebnisdaten der Perinatalzentren im Sinne von § 3 QFR-RL

§ 1 Grundlagen

- (1) Die standortbezogene Veröffentlichung von Daten der frühen und späten Ergebnisqualität von Krankenhäusern mit Perinatalzentren im Sinne von § 3 QFR-RL dient folgenden Zielen:
1. Information und Entscheidungshilfe für Schwangere / werdende Eltern insbesondere bei Risikoschwangerschaften oder zu erwartender Frühgeburt,
 2. Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung von Frauen mit Risikoschwangerschaften oder zu erwartender Frühgeburt für behandelnde Ärztinnen und Ärzte,
 3. Möglichkeit für die Krankenhäuser, sich hinsichtlich der Ergebnisse der Versorgung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g miteinander zu vergleichen.
- (2) ¹Der G-BA beauftragt das IQTIG zeitnah mit der Weiterentwicklung des hier geregelten und als „Phase B“ bezeichneten Verfahrens. Diese Weiterentwicklung wird als „Phase C“ bezeichnet. ²Sobald das Verfahren der Phase C in Kraft getreten ist, wird das Verfahren nach Phase B abgelöst.

§ 2 Definitionen im Zusammenhang mit der Richtlinie

- (1) Krankenhäuser im Sinne dieser Anlage sind Krankenhäuser mit Perinatalzentren gemäß § 3 QFR-RL.
- (2) „Frühe Ergebnisqualität“ bezeichnet das Behandlungsergebnis zum Zeitpunkt der Entlassung aus einem Perinatalzentrum.
- (3) „Späte Ergebnisqualität“ bezeichnet das Ergebnis der Nachuntersuchung im korrigierten Lebensalter von zwei Jahren.

- (4) ¹„Validierung“ bedeutet die Überprüfung der Vollzähligkeit der Mortalitätsdaten durch Abgleich der Daten aus dem Verfahren „Perinatalmedizin – Neonatologie“ der externen stationären Qualitätssicherung mit den durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Leistungsdaten gemäß § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). ²Ab dem Erfassungsjahr 2021 erfolgt die Überprüfung der Vollzähligkeit der Mortalitätsdaten durch Abgleich der Daten aus dem Verfahren 13 „Perinatalmedizin (QS PM)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) mit den durch das Institut für das Entgeltsystem (InEK) im Krankenhaus übermittelten Leistungsdaten gemäß § 21 KHEntgG.
- (5) „Risikoadjustierung“ bedeutet die Berücksichtigung patientenindividueller Faktoren, die Effekte auf das Behandlungsergebnis haben können (Risiken), aber keine Behandlungsergebnisse abbilden.
- (6) „Erfassungsjahr“ ist das Jahr, in dem die Daten im Krankenhaus erhoben werden.
- (7) „Veröffentlichungsjahr“ ist das Jahr, in dem die Ergebnisse und Auswertungen zu den Daten veröffentlicht werden.

§ 3 Datengrundlage für die Veröffentlichung

- (1) Die Veröffentlichung bezieht sich auf alle Neugeborenen, die in den jeweils zu berichtenden Erfassungsjahren gemäß § 7 Absatz 4 und 5 in Perinatalzentren entlassen wurden und bei ihrer Geburt weniger als 1500 g wogen.
- (2) Für die Veröffentlichung werden folgende Daten der Krankenhäuser verwendet:
1. Angaben zur frühen Ergebnisqualität gemäß Anhang 1,
 2. Angaben zur späten Ergebnisqualität gemäß Anhang 3 Tabellen 3A und 3B,
 3. Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG gemäß Anhang 1,
 4. Administrative Daten gemäß Anhang 1, sowie
 5. Daten zur Registrierung gemäß § 4 Absatz 1 Satz 1.

§ 4 Registrierung der Krankenhäuser

(1) ¹Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Perinatalzentren unter Angabe folgender Daten beim IQTIG zu registrieren:

1. Name des Krankenhauses,
2. für das Erfassungsjahr 2020: Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IK-Nummer gemäß QSKH-RL),
3. Bezeichnung des Standortes,
4. für das Erfassungsjahr 2020: Standortnummer gemäß QSKH-RL,
5. Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V,
6. Internetseite,
7. Versorgungsstufe des Krankenhausstandorts,

²Das IQTIG kann Bestimmungen zur einheitlichen Durchführung des Registrierungsverfahrens treffen.

(2) Krankenhäuser, die für ihre Perinatalzentren die Checkliste gemäß § 6 Absatz 5 QFR-RL erstmals abgeben, müssen sich unverzüglich nach der Abgabe unter Angabe der Daten nach Absatz 1 Satz 1 beim IQTIG registrieren.

(3) ¹Die Registrierung erfordert die vollständigen Angaben gemäß Absatz 1 Satz 1. ²Nach der Registrierung erhält das Krankenhaus vom IQTIG eine Bestätigung und seine Daten für den Zugang zur Internetplattform <https://iqtig.org/login/>.

(4) ¹Im Rahmen der jährlichen Lieferung der Daten nach Anhang 3 Tabellen 3A und 3B sind die Krankenhäuser verpflichtet, die Registrierungsdaten gemäß Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der aktuellen Bestimmungen zur einheitlichen Durchführung des Registrierungsverfahrens nach Absatz 1 Satz 2 zu prüfen und bei Bedarf unverzüglich zu aktualisieren. ²Bei unterjährigen Veränderungen haben die Krankenhäuser die Aktualisierung der Registrierungsdaten nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich vorzunehmen.

§ 5 Datenflüsse

- (1) ¹Die Daten zur Darstellung der frühen Ergebnisqualität (§ 3 Absatz 2 Nummer 1) werden bereits auf Grundlage der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) und ab dem Erfassungsjahr 2021 auf Grundlage der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) erhoben und sind, gemäß der Spezifikation, in Tabelle 1 in Anhang 1 festgelegt. ²Es gelten die Regelungen der QSKH-RL bzw. DeQS-RL, soweit in der QFR-RL keine abweichenden Vorgaben geregelt werden. ³Um die Ziele nach § 1 Absatz 1 zu erreichen, werden die Daten des bestehenden QS-Verfahrens Perinatalmedizin-Neonatalogie der QSKH-RL bzw. des bestehenden QS-Verfahrens Perinatalmedizin (QS PM) der DeQS-RL genutzt. ⁴Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser übermitteln die nach Teil 1 § 15 Absatz 1 Satz 1 DeQS-RL erhobenen Datensätze, jeweils quartalsweise an die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 und Satz 6 DeQS-RL (DAS).
- (2) ¹Im ersten Jahr der Registrierung werden die Datensätze der jeweils zurückliegenden Erfassungsjahre genutzt, sofern das Krankenhaus bereits seit mehr als fünf Jahren ein Perinatalzentrum betreibt. ²Für Krankenhäuser, deren Perinatalzentrum zum Zeitpunkt der Registrierung über einen kürzeren Zeitraum betrieben worden ist, beinhalten die Daten im ersten Jahr der Registrierung die Datensätze aller bis zur Registrierung vollständig dokumentierten Erfassungsjahre. ³In den Folgejahren wird der Datensatz des jeweils zurückliegenden Erfassungsjahres genutzt. ⁴Die Übermittlung erfolgt fallbezogen und patienten-anonymisiert.
- (3) Die aggregierten Daten zur späten Ergebnisqualität (§ 3 Absatz 2 Nummer 2) sind von den Krankenhäusern über die administrative Registrierungsplattform durch Eintrag in die Tabellenvorlage gemäß Anhang 3, Tabelle 3A und 3B unter <https://iqtig.org/login/> an das IQTIG zu liefern.
- (4) ¹Die Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG (§ 3 Absatz 2 Nummer 3) werden vom IQTIG beim InEK gemäß § 21 Absatz 3a KHEntgG angefordert. ²Die anzufordernden Daten sind in Tabelle 2, Anhang 1 dargelegt.

- (5) ¹Die Daten nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 werden vom IQTIG für das Erfassungsjahr 2020 bis spätestens zum 30. April des Veröffentlichungsjahres aus dem bestehenden Datenpool des Verfahrens Perinatalmedizin – Neonatologie gemäß Anhang 2 zu Anlage 1 QSKH-RL herausgefiltert. Ab dem Erfassungsjahr 2021 werden die Daten vom IQTIG bis spätestens 30. April des Veröffentlichungsjahres aus dem bestehenden Datenpool des Verfahrens Perinatalmedizin (QS PM) der DeQS-RL herausgefiltert.
- (6) ¹Die Daten nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 müssen bis spätestens 31. Mai des Veröffentlichungsjahres an das IQTIG übermittelt sein. ²Sollte die Übermittlung bis zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgt sein, wird das betreffende Krankenhaus vom IQTIG aufgefordert, die Daten bis zum 30. Juni desselben Jahres an das IQTIG gemäß Absatz 2 nachzuliefern. ³Bei erneuter Nichtlieferung wird dies auf der Internetseite www.perinatalzentren.org entsprechend ausgewiesen.
- (7) ¹Für die vom G-BA festgelegten Daten zur Darstellung der frühen Ergebnisqualität (§ 3 Absatz 2 Nummer 1) übersenden die Datenannahmestellen (DAS) ab dem Erfassungsjahr 2021 zur De-Pseudonymisierung jeweils bis zum 28. Februar für das auf das Erfassungsjahr folgende Jahr eine Referenz-Tabelle an das IQTIG, in der die Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V dem entsprechenden Krankenhausstandort-Pseudonym gegenübergestellt sind.

§ 6 Datenzusammenführung und -aufbereitung

- (1) Das IQTIG nimmt folgende Prüfung der Daten vor:
1. Plausibilitätsprüfung bei Annahme der Daten nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 und 2,
 2. Validierung der Daten (Abgleich zusätzlich identifizierter Sterbefälle gemäß Anhang 2).
- (2) Das Ergebnis der Validierung nach Absatz 1 Nummer 2 wird den Krankenhäusern bis spätestens zum 30. September des Veröffentlichungsjahres zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Krankenhaus teilt dem IQTIG spätestens bis zum 31. Oktober des Veröffentlichungsjahres mit, ob das Ergebnis der Validierung aus seiner Sicht zutreffend ist.
- (4) ¹Stellen das Krankenhaus oder das IQTIG weiteren Aufklärungsbedarf fest, sind die Abweichungen gemeinsam von der zuständigen von der Landesebene beauftragten Stelle und

dem Krankenhaus zu klären. ²Falls die zuständige von der Landesebene beauftragte Stelle diese Klärung nicht durchführt, tritt das IQTIG an deren Stelle. ³Die von der Landesebene beauftragte Stelle und das Krankenhaus sind verpflichtet, dem IQTIG unverzüglich mitzuteilen, wenn eine Einbindung der von der Landesebene beauftragten Stelle nicht erfolgt. ⁴Zur Durchführung der Aufklärung sind die Ergebnisse der Validierung nach Absatz 1 Nummer 2, die Rückmeldungen des Krankenhauses nach Absatz 3 sowie der benannte Aufklärungsbedarf nach Satz 1 zur Verfügung zu stellen. ⁵Die Aufklärung erfolgt unter Einsicht in die Originaldokumentation des Krankenhauses spätestens bis zum 15. Februar des auf das Veröffentlichungsjahr folgenden Jahres. ⁶Die Ergebnisse der gemeinsamen Aufklärung sind unter Berücksichtigung der für den Bericht gemäß Absatz 5 erforderlichen Angaben spätestens bis zum 28. Februar des auf das Veröffentlichungsjahr folgenden Jahres an das IQTIG zu übermitteln.

- (5) ¹Das IQTIG berichtet dem G-BA zum 30. Juni eines Jahres, beginnend 2016, über das Ergebnis der Aufklärung nach Absatz 4 in zusammenfassender Berichtsform. ²Die Ergebnisse der Aufklärung und die Gründe für Abweichungen werden darin in anonymisierter Form aufgeführt. ³Neben den aufgeklärten Fällen umfassen die zu berichtenden Ergebnisse auch die Anzahl der strittig gebliebenen Fälle und die Gründe für die fehlende Aufklärung dieser Fälle.
- (6) Für alle durch den Abgleich zusätzlich identifizierten Sterbefälle ist das Krankenhaus verpflichtet, die jeweils für die Erstellung des Berichts nach Absatz 5 notwendigen Dokumentationen im Rahmen der Aufklärung vorzunehmen und an das IQTIG zu übermitteln oder durch die von der Landesebene beauftragte Stelle übermitteln zu lassen.
- (7) ¹Nach Vorliegen des ersten Berichts nach Absatz 5 wird der G-BA die Kriterien für den Umgang mit den Ergebnissen des Validierungsverfahrens und die konkrete Einbeziehung der durch das Validierungsverfahren zusätzlich gewonnenen Daten für die Auswertung und Darstellung nach § 7 beschließen. ²Bis zum Beschluss nach Satz 1 bleiben die Ergebnisse des Validierungsverfahrens im Rahmen der Auswertung und Darstellung nach § 7 unberücksichtigt.

§ 7 Auswertung und Darstellung

- (1) Die Auswertung beinhaltet die tabellarische Darstellung der Ergebnisse gemäß Anhang 3 sowie risikoadjustierte standortbezogene Vergleiche.
- (2) ¹Für die Risikoadjustierung werden für jede jahresbezogene Veröffentlichung nach dieser Richtlinie alle potentiell relevanten patientenbezogenen Faktoren hinsichtlich ihres Einflusses auf die Ergebnisse gemäß Anhang 3 geprüft. ²Das IQTIG ist verpflichtet, für das Risikoadjustierungsmodell die Daten gemäß Anhang 1 zu prüfen und dabei insbesondere die Merkmale Gestationsalter bei Geburt, Geschlecht, Aufnahmegewicht, Fehlbildung, Mehrling sowie Alter bei Aufnahme zu berücksichtigen und die geeigneten Einflussfaktoren in das Modell der Risikoadjustierung einzuschließen. ³Das Risikoadjustierungsmodell mit seinen für die jeweilige Veröffentlichung verwendeten Merkmalen einschließlich der Begründung für ihre Auswahl und die zugehörigen Regressionsgewichte sowie das methodische Vorgehen zur Berechnung des Risikoadjustierungsmodells werden auf der Internetplattform www.perinatalzentren.org veröffentlicht.
- (3) In die Entwicklung des Modells der Risikoadjustierung sowie in die risikoadjustierten standortbezogenen Vergleiche werden Kinder nicht einbezogen, die mindestens eines der folgenden Merkmale aufweisen:
 - Gestationsalter unter 24+0 Schwangerschaftswochen (sofern nicht vorhanden, Aufnahmegewicht unter 500g)
 - für das Erfassungsjahr 2020: Letale Fehlbildung
 - ab dem Erfassungsjahr 2021: schwere oder letale angeborene Erkrankung
 - Primär palliative Versorgung
- (4) ¹Die Ergebnisse der standortbezogenen Vergleiche werden grafisch aufbereitet. ²Jedes standortbezogene Ergebnis muss mindestens dem Bundesdurchschnitt (inklusive Minimum und Maximum) gegenübergestellt werden. ³Folgende Merkmale werden über standortbezogene Vergleiche dargestellt, sobald Daten aus fünf kompletten Erfassungsjahren standortbezogen vorliegen:
 - Die aktuelle Versorgungsstufe des Perinatalzentrums gemäß § 3 QFR-RL,

- die Fallzahl (durchschnittliche Anzahl der dokumentierten Fälle pro Jahr über die vergangenen fünf Erfassungsjahre),
- die Behandlungsroutine (durchschnittliche risikoadjustierte Anzahl der dokumentierten Fälle pro Jahr über die vergangenen fünf Erfassungsjahre),
- das risikoadjustierte Überleben von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g in den vergangenen fünf Erfassungsjahren sowie
- das risikoadjustierte Überleben ohne schwere Erkrankung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g in den vergangenen fünf Erfassungsjahren.

- (5) ¹Für Krankenhäuser, zu deren Perinatalzentrum Daten über einen kürzeren Zeitraum als fünf Jahre vorliegen, beinhaltet die Darstellung die Daten aller vorliegenden komplett dokumentierten Erfassungsjahre. ²Die unterschiedliche Datengrundlage wird in den Darstellungen nach Absatz 1 ausgewiesen.
- (6) Die Darstellungen nach den Absätzen 1 bis 5 erfolgen sowohl in laienverständlicher Form als auch für die Fachöffentlichkeit.
- (7) ¹Die Darstellungen nach den Absätzen 1 bis 5 werden den jeweiligen Krankenhäusern bis spätestens zum 30. September des Veröffentlichungsjahres zur Verfügung gestellt. ²Die Krankenhäuser können die dargestellten eigenen Ergebnisse bis zum 31. Oktober desselben Jahres insgesamt freitextlich erläutern und kommentieren. ³Hierfür besteht eine Zeichenbegrenzung einschließlich Leerzeichen von 1000 Zeichen, Hyperlinks sind möglich. ⁴Die Krankenhäuser haben sicherzustellen, dass durch die Kommentare kein Personenbezug hergestellt werden kann. ⁵Kommentare mit Personenbezügen werden nicht veröffentlicht.

§ 8 Veröffentlichung der Daten zur Ergebnisqualität

- (1) ¹Alle Ergebnisse nach § 7 werden auf der Internet-Plattform www.perinatalzentren.org standortbezogen veröffentlicht, nachdem diese Plattform vom G-BA abgenommen wurde. ²Alle Ergebnisse mit Fallzahlen < 4 sind von der Darstellung ausgeschlossen.
- (2) Die Kommentare gemäß § 7 Absatz 7 werden im Zusammenhang mit den Ergebnissen für das jeweilige Krankenhaus dargestellt.

- (3) Die Veröffentlichung der Darstellungen gemäß § 7 erfolgt jeweils zum 1. Dezember des Veröffentlichungsjahres.
- (4) Jedes Krankenhaus hat auf seiner Internetseite einen Link mit folgendem Hinweis aufzunehmen: „Informationen zur Ergebnisqualität des Perinatalzentrums finden Sie auf der Internetseite www.perinatalzentren.org.“
- (5) Auf der Internetseite www.perinatalzentren.org wird eine aktuelle Übersicht (Transparenzliste) mit folgenden Angaben dargestellt:
- Name und Adresse des Krankenhauses,
 - Name und Adresse des Standortes, an dem sich das Perinatalzentrum befindet,
 - Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V
- sowie
- die Versorgungsstufe des Perinatalzentrums gemäß § 3 QFR-RL.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

**Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):**

Verwendete Daten

Tabelle 1:

**Datenfelder aus dem Datensatz der externen stationären Qualitätssicherung,
Leistungsbereich Neonatologie**

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
1	Vorgangsnr	Vorgangs- nummer	Eindeutiges Kennzeichen des dokumen- tierten Datensatzes	X	X	X	
2	Auswertung s-jahr	Auswertungs- jahr	Entlassungs- jahr des Kindes („2010“; „2011“; etc.)	X	X	X	
3	IKNRKH	Institutions- kennzeichen (nicht pseudonymi- siert)	nicht pseudonymi- siertes Institutions- kennzeichen	X	X	X	
4	STANDORT	Entlassender Standort	Zuordnung der Daten zum entsprechen den	X	X	X	

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			Krankenhaus standort				
5	GESCHLECH T	Geschlecht	Tabelle 1: männlich, Anzahl; Risikoadjus- tierung, Mortalitäts- abgleich		X	X	
6	ANZMEHRLI NGE	Anzahl Mehrlinge	Tabelle 1: Mehrlings- kinder, Anzahl; Risikoadjusti- erung		X		
7	GESTALTER	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestations- alter (komplette Wochen)	Tabelle 1: Aufschlüssel- ung nach Gestations- alter, in vollendeten Schwanger- schaftswoc- hen (SSW, Anzahl) Tabelle 2 B; Risikoadjus- tierung;		X	X	

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			Mortalitäts- abgleich				
8	GESTALTER TAGE	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestations- alter (plus zusätzliche Tage)	Tabelle 2: Untersuchung des Augenhinter- grunds durchgeführt; bronchopul- monale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)		X		
9	GEBDATUM	Geburtsdatum des Kindes	Identifizierung des Kindes im Perinatalzentrum	X			
10	ItEntl	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen)	QI-Definition		X		X

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
11	KG	Gewicht des Kindes bei Geburt	Tabelle 1: Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht in Gramm (Anzahl); Tabelle 2 A	X	X		X
12	THERAPIEVERZICHT	primäre palliative Therapie (ab Geburt)	Tabelle 1: Palliativversorgung: Kinder mit primärem Verzicht auf kurative Therapie; Anzahl		X		
13	KINDVERST	Kind im Kreißsaal verstorben	Tabelle 1: Kinder < 1500g Geburtsgewicht, die im Kreißsaal verstorben sind (Anzahl); Mortalitätsabgleich		X	X	

Anhang 1 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
14	ItAufn	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen)	Risikoadjus- tierung,		X		X
15	AUFNDATUM	Aufnahme- datum (ins Krankenhaus)	Mortalitäts- abgleich			X	
16	monatAufn	Monat des Aufnahme- tages	Plausibilitäts- prüfung der Jahreszuordn- ung	X	X		X
17	AUFNGEW	Gewicht bei Aufnahme	Risikoadjus- tierung, Mortalitäts- abgleich		X	X	
Nr. 18 gilt für das Erfassungsjahr 2020:							
18	CRIBFEHLBI LD	Fehlbildunge n	Tabelle 1: Kinder mit schweren angeborenen Fehlbildunge n; Anzahl, Kinder mit letalen angeborenen		X		

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			Fehlbildunge n; Anzahl; Risikoadjus- tierung				
Nr. 19 gilt ab dem Erfassungsjahr 2021:							
19	ANGEBERKR ANK	Angeborene Erkrankunge n	Tabelle 1: Kinder mit schweren oder letalen angeborenen Erkrankunge n; Anzahl; Risikoadjus- tierung		X		
20	SONO	Schädelsono- gramm durchgeführt / vorhanden	Tabelle 2: Schädelsono- graphie durchgeführt		X		
21	IVHAEM	Intraventriku- läre (IVH) oder periventriku- läre (PVH) Hämorrhagie	Tabelle 2: davon IVH- Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert		X		

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
22	IVHPVHAU FNAHME ¹	Status bei Aufnahme	Tabelle 2: davon IVH- Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostizie rt		X		
23	AUGENUNT	ophthalmolo gische Untersuchun g durchgeführt / vorhanden	Tabelle 2: Untersuchun g des Augenhinter- grunds durchgeführt		X		
24	DATUMUNT ²	Datum der Untersuchun g	Tabelle 2: Untersuchun g des Augenhinter- grunds durchgeführt ; davon ROP- Grad 3 oder höher hier entstanden oder		X		

¹ Diese Daten stehen ab dem Entlassungsjahr 2015 zur Verfügung

² Dieses Datenfeld steht ab Spezifikation 2019 zur Verfügung.

Anhang 1 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			erstmalig diagnostiziert				
25	ROP	Frühgebo- renen- Retinopathi e	Tabelle 2: davon ROP- Grad 3 oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostizie rt		X		
26	ROPAUFN AHME	ROP-Status bei Aufnahme	Tabelle 2: davon ROP- Grad 3 oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostizie rt		X		
27	ItSauerBeg inn	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauer- stoffgabe (in Tagen)	Tabelle 2: bronchopul- monale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)		X		X
28	ItSauerEnd e	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoff-	Tabelle 2: bronchopul- monale		X		X

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
		gabe (in Tagen)	Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)				
29	BEATMUN G	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführ t	Tabelle 2: bronchopul- monale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)		X		
30	ItBeatBegi nn	Beginn	Tabelle 2: bronchopul- monale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)		X		X
31	ItBeatEnde CRAP	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	Tabelle 2: bronchopul- monale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)		X		X
32	BPD	Bronchopul- monale Dysplasie	Tabelle 2: bronchopul- monale		X		

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)				
33	ENTEROKOL ITIS	Nekrotisieren -de Enterokolitis (NEC)	Tabelle 2: NEK Stadium II nach Bell oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert		X		
34	NECAUFNA HME ³	Status bei Aufnahme	Tabelle 2: NEK Stadium II nach Bell oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostizie rt		X		
35	ENTLDATU M	Entlassungs- datum Krankenhau	Mortalitäts- abgleich	X	X	X	

³ Diese Daten stehen ab dem Entlassungsjahr 2015 zur Verfügung.

Anhang 1 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
		s/Todesdatu m					
36	monatEntl	Monat des Entlassungs- tages	Plausibilität sprüfung der Jahreszuord- nung	X	X		X
37	ENTLGRUN D	Entlassungs- grund	Tabellen 1;2; Mortalitäts- abgleich		X	X	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

**Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):**

Verwendete Daten

Tabelle 2:

**Leistungsdaten nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f des
Krankenhausentgeltgesetzes**

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
1	Datei „Fall“	Entlassender Standort	Zuordnung der Daten zum entsprechenden Krankenhausstandort.	X	X	X	
2	Datei „Fall“ Datei „ICD“ Datei „OPS“	KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls, bzw. abgeleitete Fall_ID	Identifikation des Falles, Zuordnung zu OPS und Diagnosen.	X		X	
3	Datei „Fall“ Datei „ICD“ Datei „OPS“	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	Zuordnung der Daten zum entsprechenden Krankenhaus.	X	X	X	
4	Datei „Fall“	Geschlecht	Wird zur Risikoadjustierung benötigt. Genauere Charakterisierung ggf.		X	X	

Anhang 1 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			fehlender Fälle in Neonatal- daten.				
5	Datei „Fall“	Aufnahme- datum	Wird zur Ermittlung des Geburtsjahr- gangs benötigt. Genauere Charakterisie- rung ggf. fehlender Fälle in Neonatal- daten.		X	X	
6	Datei „Fall“	Aufnahmeanl ass	Wird zur Berechnung der Fallzahl benötigt. Unterschei- dung Geburt eines Kindes von Behand- lung eines NG.				X
7	Datei „Fall“	Aufnahmegrund	Wird zur Berechnung der Fallzahl benötigt. Unterschei- dung Geburt				X

Anhang 1 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			eines Kindes von Behandlung eines NG.				
8	Datei „Fall“	Fallzusam- menführung	Wird zur korrekten Ermittlung der Fallzahl benötigt.				X
9	Datei „Fall“	Fallzusam- menführungs- grund	Wird zur korrekten Ermittlung der Fallzahl benötigt.				X
10	Datei „Fall“	Aufnahme- gewicht	Wird zur Zuordnung der Neu- und Frühgebore- nen in ent- sprechende Geburtsge- wichtskatego- rien sowie zur Risikoadjus- tierung benötigt. Charakteri- sierung ggf. fehlender Fälle in Neonatal- daten.	X	X	X	

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
11	Datei „Fall“	Alter in Tagen beim Aufnah- metag	Wird zur Risikoadjus- tierung und zur Berechnung des Geburts- jahrgangs benötigt.		X	X	
12	Datei „Fall“	Entlassungs- /Verlegungsda- tum	Wird zur Vollständig- keitsprüfung benötigt (Zählweise der Anzahl der Kinder an Hand der in dem/n entsprechen den Jahr/en entlassenen Kinder). Genauere Charakteri- sierung ggf. fehlender Fälle in Neonatal- daten.	X	X	X	
13	Datei „Fall“	Entlassungs- /Verlegungsg- rund	Definition des Überlebens- status.		X	X	

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
14	Datei „Fall“	Beatmungsst unden	Wird zur Definition von Komplika- tionen benötigt (Bronchopul monale Dysplasie).		X		
15	Datei „Fall“	Institutions- kennzeichen des verlegen- den Kranken- hauses	Wird zur korrekten Fallzahl- ermittlung benötigt.	X	X		
16	Datei „ICD“	Diagnoseart	Treffgenaue Identifikation von diagnose- basierten Behandlungs- komplika- tionen in Abgrenzung von vorbe- stehenden Diagnosen. In einem solchen Fall sind es keine Kompli- kationen mehr und müssen in der		X		X

Anhang 1 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			Neonatalerhe- bung nicht do- kumentiert werden. Wird zur Risiko- adjustierung benötigt.				
17	Datei „ICD“	Diagnose- schlüssel	Identifikation von diagnose- basierten Behandlungs- komplika- tionen. Wird zur Risi- koadjustie- rung benötigt.		X	X	
18	Datei „OPS“	Prozeduren- schlüssel	Identifikation von Behand- lungskompli- kationen. Ver- schiedene Prozeduren werden in der Neonatalpe- riode nur bei definierten - hier interessie- renden Komplikatio-		X	X	

Anhang 1 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Verwendete Daten

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
			nen - durchgeführt . In Ergänzung von möglicherwei- se unterdoku- mentierten diagnoseba- sierten Komplikatio- nen.				

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

Anhang 2 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Validierungsverfahren gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 2 der Anlage 4 QFR-RL

Im Validierungsverfahren gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 2 werden für jeden dokumentierten Sterbefall in der untenstehenden Mustertabelle die aufgeführten Merkmale aus dem Datensatz der externen stationären Qualitätssicherung – Leistungsbereich Neonatologie (NEO) – mit den korrespondierenden Merkmalen aus dem Leistungsdatensatz nach § 21 KHEntgG abgeglichen. Anhand des Grades der Übereinstimmung der Dokumentationen der in beiden Datensätzen dokumentierten Sterbefälle (Institutionskennzeichen des Krankenhauses, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Geschlecht, Aufnahme-/Geburtsgewicht) wird geprüft, welche Sterbefälle in beiden Datensätzen und welche nur in einem der beiden Datensätze dokumentiert sind. Zur Identifikation von übereinstimmenden Datensätzen wird ein Anwendungsprogramm („Merge ToolBox“ des German Record Linkage Center Duisburg¹) genutzt. Das vollständige Ergebnis des Abgleichs wird in Form der Tabelle 1 für das weitere Vorgehen nach § 6 Absatz 2 bis 6 zusammengestellt.

Tabelle 1 (Muster): Ergebnis des Validierungsverfahrens gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 2 der Anlage 4 der QFR-RL

IKNRKH (NEO)	AUFNDATUM (NEO)	ENTLDATUM. (NEO)	AUFNGEW (NEO)	GE- SCHLECHT (NEO)	LEBENS- TAGE BEI AUF- NAHME (NEO)	VERWEIL- DAUER (NEO)	TK-Nr. (§21)	Aufn. Dat. (§21)	Entl. Dat. (§21)	Aufn- Gew. (§21)	Ge- schlech- t (§21)	Lebens- tage bei Auf- nahme (§21)	Verweil- dauer (§21)
00001 ²	10.01.2009	10.07.2009	1140g	W	-	-	00001	10.01.2009	10.07.2009	1120g	W		
00001	11.07.2009	12.12.2009	850g	M	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	00001	23.02.2009	13.09.2009	990g	M		
00001 ³	08.2009	12.2009	430g	M	1	126	00001	11.08.2009	15.12.2009	430g	M		

¹Schnell, R; Bachteler, T; Reiher, J (2005). MTB: Ein Record-Linkage-Programm für die empirische Sozialforschung. ZA-Information 56: 93-103.

² Bei den kursiv dargestellten Angaben handelt es sich um fiktive Falldokumentationen

³ Falls das Aufnahme- bzw. Entlassungsdatum in den QS-Daten nicht vorliegt, soll alternativ ein Abgleich über die Variablen Aufnahmegewicht, Geschlecht, Aufnahmemonat, Entlassungsmonat, Alter bei Aufnahme (in Tagen) und Verweildauer durchgeführt werden.

Anhang 3 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Absatz 1

Tabelle 1 (Muster): Risikoprofil und Überleben der im Perinatalzentrum behandelten lebendgeborenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1500 Gramm. Dargestellt sind die Daten des letzten Kalenderjahrs sowie die kumulativen Ergebnisse der letzten 5 Jahre. Die Angaben werden aus dem Datensatz des Leistungsbereichs Neonatologie (NEO) der externen stationären Qualitätssicherung nach QSKH-RL generiert und bezüglich der Todesfälle einer Validierung anhand des Datensatzes gemäß § 21 KHEntgG unterzogen (siehe Anhang 2 zur Anlage 4 der QFR-RL).

	Letztes Kalenderjahr			5-Jahres-Ergebnisse ¹		
Entlassungsjahr	[wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]			[wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]		
	Behandelt	überlebt	Überlebende Kinder ohne schwerwiegende Komplikationen*	Behandelt	überlebt	Überlebende Kinder ohne schwerwiegende Komplikationen*
Anzahl der Kinder <1500g Geburtsgewicht						
Aufschlüsselung nach Gestationsalter in vollendeten Schwangerschaftswochen (SSW, Anzahl)						
22+0 bis 23+6 SSW						
24+0 bis 25+6 SSW						
26+0 bis 27+6 SSW						
28+0 bis 29+6 SSW						
≥ 30+0 SSW						
Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht in Gramm (Anzahl)						
< 500 g						
500 bis 749 g						
750 bis 999 g						
1000 bis 1249 g						
1250 bis 1499 g						
Kinder < 1500 g Geburtsgewicht mit speziellen Risikofaktoren (Anzahl)						
Männlich; Anzahl						

* ohne Kinder mit schweren oder letalen angeborenen Fehlbildungen

¹ Sofern 5-Jahres-Daten verfügbar sind, ansonsten Angaben auf der Grundlage von § 7 Absatz 5.

Anhang 3 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Absatz 1

Mehrlingskinder; Anzahl						
Für Erfassungsjahr 2020: Kinder mit schweren oder letalen angeborenen Fehlbildungen ² ; Anzahl						
Ab Erfassungsjahr 2021: Kinder mit schweren oder letalen angeborenen Erkrankungen						
Kinder < 1500 g Geburtsgewicht, die primär nicht kurativ, sondern palliativ versorgt wurden (Anzahl)						
22+0 bis 23+6 SSW						
ab 24+0 SSW						
Kinder < 1500 g Geburtsgewicht, die im Kreißsaal verstorben sind (Anzahl)						
22+0 bis 23+6 SSW						
ab 24+0 SSW						

² Gemäß Definitionen des Leistungsbereichs NEO

Anhang 3 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Absatz 1

Tabelle 2 (Muster): Angaben zur frühen Ergebnisqualität von überlebenden Kindern: intraventrikuläre und periventrikuläre Hirnblutungen (IVH und PVH), Frühgeborenen-Retinopathie (ROP), nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer) bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm (g). Die Angaben beziehen sich auf alle im Berichtszeitraum im Datensatz des Leistungsbereichs Neonatologie (NEO) der externen stationären Qualitätssicherung nach QSKH-RL erfassten, im Perinatalzentrum behandelten und lebend entlassenen oder verlegten Kinder. Dargestellt sind die kumulativen Ergebnisse der letzten 5 Geburtsjahrgänge. Die Angaben werden aus dem Datensatz des Leistungsbereichs Neonatologie (NEO) der externen stationären Qualitätssicherung nach QSKH-RL generiert (siehe Anhang 1 Anlage 4 QFR-RL).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anhang 3 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Absatz 1

Tabelle 2 A Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht

Daten der Kinder mit Entlassungsjahr [wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]
JJJJ bis JJJJ

Geburtsgewichtsklasse	< 500g	500 bis 749g	750 bis 999g	1000 bis 1249g	1250 bis 1499g	< 1500g (Summe)
Anzahl der überlebenden Kinder <1500g Geburtsgewicht						
Anzahl der Kinder mit höhergradigen Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH)						
Schädelsonographie durchgeführt						
davon IVH-Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit einer höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)						
Untersuchung des Augenhintergrunds durchgeführt						
davon ROP-Grad 3 oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit einer nekrotisierenden Enterokolitis (NEK)						
NEK Stadium II nach Bell oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)						
bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)						

Anhang 3 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Absatz 1

Tabelle 2 B Aufschlüsselung nach Gestationsalter

Daten der Kinder mit Entlassungsjahr [wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]
JJJJ bis JJJJ

Gestationsalterklasse	22+0 bis 23+6 SSW	24+0 bis 25+6 SSW	26+0 bis 27+6 SSW	28+0 bis 29+6 SSW	≥ 30+0 SSW	Summe
Anzahl der überlebenden Kinder <1500g Geburtsgewicht						
Anzahl der Kinder mit höhergradigen Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH)						
Schädelsonographie durchgeführt						
davon IVH-Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit einer höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)						
Untersuchung des Augenhintergrunds durchgeführt						
davon ROP-Grad 3 oder höher, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit einer nekrotisierenden Enterokolitis (NEK)						
NEK Stadium II nach Bell oder höher, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)						
bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)						

Anhang 3 zu Anlage 4

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Absatz 1

Tabelle 3: (Muster): Vollständigkeitsanalyse und Ergebnisse der entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung ehemaliger Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht <1500 g, die im Perinatalzentrum versorgt wurden, im reifekorrigierten Alter von 2 Jahren. Kinder, die zu einer speziellen Behandlung (z. B. Lasertherapie einer Retinopathie oder operative Therapie einer NEK) aus einer anderen Kinderklinik zuverlegt und wieder zurückverlegt wurden, werden lediglich durch die primär versorgende Klinik dokumentiert; kumulierte Darstellung der letzten 5 untersuchten Entlassungsjahrgänge

„Reife-korrigiert“ bedeutet, dass das Kind 2 Jahre nach dem errechneten Geburtstermin untersucht wird.

Als *blind* werden Kinder bezeichnet, die auf optische Reize gar nicht oder die lediglich auf Lichtreize reagieren.

Als *schwerhörig* werden Kinder bezeichnet, die mit einem Hörgerät versorgt sind bzw. bei denen eine solche Versorgung geplant ist.

Die Diagnose einer *schweren motorischen Retardierung* („Zerebralparese“) erhalten alle Kinder, die mit korrigiert 2 Jahren mindestens eine der folgenden Funktionsstörungen zeigen: unfähig zum freien Laufen (mindestens 3 Schritte) oder Leistungen in einem standardisierten Motoriktest unter der 1. Perzentilen bzw. mindestens 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert für das Alter; unfähig zum freien Sitzen; unfähig, die Hände selbst zur Nahrungsaufnahme zu nutzen; keine ausreichende Kopfkontrolle.

Eine *relevante kognitive Beeinträchtigung*³ liegt vor, wenn das Ergebnis in einem standardisierten Entwicklungstest unter < 70 liegt (z.B. MDI < 70 im Bayley II, Skalenwert der Kognitiven Skala < 70 im Bayley III, IQ < 70 in einem Kinder-Intelligenztest), oder wenn der Untersucher bei nicht durchführbarer standardisierter Entwicklungstestung (z. B. bei blinden Kindern) den Entwicklungsstand des Kindes derartig einschätzt.

*Keine oder eine geringfügige kognitive Beeinträchtigung*³ liegt vor, wenn das Ergebnis in einem standardisierten Entwicklungstest nicht unterhalb der zweifachen Standardabweichung vom Mittelwert liegt (z. B. MDI ≥ 70 im Bayley II, Skalenwert der Kognitiven Skala ≥ 70 im Bayley III, IQ ≥ 70 in einem Kinder-Intelligenztest).

³ Die Definition in diesem Absatz hat sich ab dem Kalenderjahr 2021 geändert.

Anhang 3 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Absatz 1

Tabelle 3 A Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht

Daten der Kinder mit Entlassungsjahr [wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]
JJJJ bis JJJJ

Geburtsgewichtsklasse	<500 g	500-749 g	750-999 g	1000-1249 g	1250-1499 g	< 1500 g (Summe)
Lebend entlassen oder verlegt (Anzahl)						
Zur Nachuntersuchung erschienen (Anzahl) ⁴						
davon ⁴						
• "Blind" (Anzahl)						
• "Schwerhörig" (Anzahl)						
• "Zerebralparese" (Anzahl)						
• "Relevante kognitive Beeinträchtigung" (Anzahl) ⁵						
• "Keine oder eine geringfügige kognitive Beeinträchtigung" (Anzahl) ⁵						

⁴ Ergebnisse externer Untersucher (z.B. bei verlegten Kindern) sollten ebenfalls erfasst werden.

⁵ Die Definition in dieser Zeile hat sich ab dem Kalenderjahr 2021 geändert.

Anhang 3 zu Anlage 4
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Absatz 1

Tabelle 3 B Aufschlüsselung nach Gestationsalter

Daten der Kinder mit Entlassungsjahr [wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]
JJJJ bis JJJJ

Gestationsalterklasse	22+0 bis 23+6 SSW	24+0 bis 25+6 SSW	26+0 bis 27+6 SSW	28+0 bis 29+6 SSW	≥ 30+0 SSW ⁶	Summe
Lebend entlassen oder verlegt (Anzahl)						
Zur Nachuntersuchung erschienen (Anzahl) ⁷						
davon ⁷						
• "Blind" (Anzahl)						
• "Schwerhörig" (Anzahl)						
• "Zerebralparese" (Anzahl)						
• "Relevante kognitive Beeinträchtigung" ⁸ (Anzahl) ⁸						
• „Keine oder eine geringfügige kognitive Beeinträchtigung“ (Anzahl) ⁸						

⁶ Gemeint sind hier Kinder, die ein Geburtsgewicht < 1.500g aufweisen.

⁷ Ergebnisse externer Untersucher (z. B. bei verlegten Kindern) sollten ebenfalls erfasst werden.

⁸ Die Definition in dieser Zeile hat sich ab dem Kalenderjahr 2021 geändert.

Anlage 5

der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Musterformular/Dokumentationshilfe zur schichtbezogenen Dokumentation von Fallzahl und Personaleinsatz auf der NICU

Datum	Schicht-Nr.	GKiKP insgesamt*	Anzahl Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1500g		Personaleinsatz für Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1500g		Personalschlüssel erfüllt**	Anzahl weitere Patienten versorgt durch die GKiKP			
			IT	IÜ	Nach QFR-RL rechnerisch benötigte GKiKP*	Tatsächlich eingesetzte GKiKP*		Ja / nein	IT	IÜ	Andere
Pflegeschlüssel			1:1	1:2							
01.01. 2017	1										
	2										
	3										

* Anzahl der Personen, die über die gesamte Schicht für die Versorgung der angegebenen Kinder eingesetzt sind. Wenn sich mehrere Personen die gesamte Schicht teilen und nacheinander in der pflegerischen Versorgung tätig sind, werden diese als eine Person gezählt.

** mit Farbsymbolik oder ähnlich wie Belegungskalender: ja, nein, Beginn Nichterfüllung.

Legende:

GKiKP: Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen

VZÄ: Vollzeitäquivalente

IT: intensivtherapiepflichtig

IÜ: intensivüberwachungspflichtig

Auswertung des Musterformulars/der Dokumentationshilfe:

1. Erfüllungsquote (Prozentsatz der Schichten mit erfüllten Personalschlüsseln für GG < 1500g): %
2. Erfüllungsquote ≥ 95 % der Schichten?
3. Häufigkeit von mehr als 2 aufeinanderfolgenden Schichten ohne erfüllte Personalschlüssel > 0?

Wenn der Umsetzungsgrad unter 95 % liegt (2.) oder der Wert zu aufeinanderfolgenden Schichten größer 0 ist (3.), gilt die RL als nicht erfüllt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 6: Datenfelder der Strukturabfrage

Tabelle 1: Administrative Datenfelder

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL		
1	Name der medizinischen Einrichtung	X	-	X	Freitextfeld	-
2	Postleitzahl der medizinischen Einrichtung	X	-	X	Freitextfeld	fünfstellig
3	Straße der medizinischen Einrichtung	X	-	X	Freitextfeld	
4	Institutionskennzeichen	X	-	X	Freitextfeld	neunstellig
5	Standortnummer	X	-	X	Freitextfeld	maximal zweistellig
6	Versorgungsstufe der medizinischen Einrichtung	X	-	X	☐ Perinatalzentrum Level 1 ☐ Perinatalzentrum Level 2 ☐ Perinataler Schwerpunkt	Filterfrage: Im weiteren Verlauf der Abfrage werden nur die für die ausgewählte Versorgungsstufe relevanten Fragen angezeigt.

Tabelle 2: Datenfelder für Perinatalzentren Level 1

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
1	Verfügte die Geburtshilfe über eine hauptamtliche ärztliche Leitung mit dem Schwerpunkt oder der fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
2	a) Verfügte die Geburtshilfe über eine Vertretung der hauptamtlichen ärztlichen Leitung?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	Filterfrage: Wenn „JA“, dann weiter mit Nummer 2 Buchstabe b
	b) War die Stellvertretung der ärztlichen Leitung seit mindestens 2 Jahren ernannt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	Filterfrage: - Wenn „JA“, dann weiter mit Nummer 2 Buchstabe c - Wenn „NEIN“, dann weiter mit Nummer 2 Buchstabe d
	c) Konnte die Stellvertretung der ärztlichen Leitung einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder der fakultativen Weiterbildung	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	„Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ nachweisen?						
	d) Konnte die Stellvertretung der ärztlichen Leitung einschlägige Erfahrungen bzw. Praxis in den Bereichen Geburtshilfe und Perinatalmedizin nachweisen?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
3	War die geburtshilfliche Versorgung mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst im Hause möglich, keine Rufbereitschaft) im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP sichergestellt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
4	a) Bestand ein Rufbereitschaftsdienst?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) War der Präsenzarzt oder der Arzt in Rufbereitschaft ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	c) War im Hintergrund jederzeit ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ erreichbar, für den Zeitraum, in dem ein Präsenzarzt oder ein Arzt im Rufbereitschaftsdienst nicht über den Schwerpunkt oder die fakultative Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ verfügten?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
5	War das Perinatalzentrum Level 1 als Stätte für die ärztliche Weiterbildung im Schwerpunkt oder in der fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ anerkannt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
6	Lag in der jeweiligen Abteilung des Perinatalzentrums die Weiterbildungsbefugnis für den	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Schwerpunkt oder die fakultative Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ vor?						
7	Wurde die hebammenhilfliche oder entbindungspflegerische Leitung des Kreißsaales einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger hauptamtlich übertragen?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
8	Stellten die nachweislich getroffenen Regelungen (Organisationsstatut der Einrichtungen) eine sachgerechte Ausübung der Leitungsfunktion, unabhängig von der Art des Beschäftigungsverhältnisses, sicher?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
9	Hat die leitende Hebamme oder der leitende Entbindungspfleger einen Leitungslehrgang absolviert?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
10	War im Kreißsaal die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers gewährleistet?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
11	a) Gab es einen Rufbereitschaftsdienst (Hebamme oder Entbindungspfleger)?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) Wenn nein: Gab es im Rahmen einer vergleichbaren Regelung eine Vertretung durch eine Beleghebamme oder einen Belegentbindungspfleger?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
12	War die ständige Erreichbarkeit einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers auf der präpartalen Station sichergestellt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
13	Nahmen die Hebammen und Entbindungspfleger an Maßnahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements teil (z. B. Qualitätszirkel, Perinataalkonferenz etc.)?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
14	Oblag die hauptamtliche ärztliche Leitung der Behandlung eines Früh- und Reifgeborenen, welches den Aufnahmekriterien eines Perinatalzentrums Level 1 oder Level 2 entspricht, bis mindestens 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin durchgängig einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde jeweils mit dem Schwerpunkt Neonatologie?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
15	a) Verfügte die hauptamtliche ärztliche Leitung der Neonatologie über eine Vertretung?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) Wies die Stellvertretung der ärztlichen Leitung die gleiche Qualifikation auf wie die ärztliche Leitung?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
16	War die ärztliche Versorgung der Früh- und Reifgeborenen durch einen Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, kein Bereitschaftsdienst) im neonatologischen Intensivbereich sichergestellt (für Intensivstation und Kreißsaal; nicht gleichzeitig für Routineaufgaben auf anderen Stationen oder Einheiten)?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
17	a) Bestand zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) War der Präsenzarzt ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	c) War der Arzt in Rufbereitschaft ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“, für den Zeitraum, in dem ein Präsenzarzt nicht über den Schwerpunkt „Neonatologie“ verfügt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	d) Bestand ein weiterer Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation, für den Zeitraum, in dem der erste Rufbereitschaftsdienst und der Präsenzarzt nicht über den Schwerpunkt „Neonatologie“ verfügten?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
18	War das Perinatalzentrum als Stätte für die ärztliche Weiterbildung im Schwerpunkt „Neonatologie“ anerkannt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
19	Lag in der jeweiligen Abteilung des Perinatalzentrums die Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt „Neonatologie“ vor?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
20	Aus insgesamt wie vielen Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern	-	X	X	numerische Angabe		

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL		
	(Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) bestand der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung?					
21	Aus insgesamt wie vielen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit - und Teilzeitstellen) bestand der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung, die eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben und die am Stichtag 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllen: - mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und - mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung?	-	X	X	numerische Angabe	Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils eine Einschätzung ab.
22	Wie hoch war der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger im Pflegedienst mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder einer gleichwertigen landesrechtlichen	-	X	X	prozentuale Angabe/ berechnetes Feld	Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen. Der Anteil dieser Pflegekräfte darf maximal 15 % betragen.

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL		
	Regelung, welche bis zum Stichtag 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllten: – mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und – mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung?					
23	Wie hoch war die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen), die über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ verfügten?	-	X	X	numerische Angabe	
24	Wie hoch war die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen), die sich in einer Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden?	-	X	X	numerische Angabe	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tätig sind.
25	Wie hoch war der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“?	-	X	X	prozentuale Angabe/ berechnetes Feld	Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
26	Wie hoch war der Anteil der Gesundheits- und	-	X	X	prozentuale Angabe/ berechnetes Feld	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwester, die sich in einer Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden?						und Gesundheits- und Kinderkrankenschwester, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenschwesterpersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tätig sind. Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
27	Wie hoch war die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern oder Gesundheits- und Kinderkrankenschwester (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen), die nicht über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ verfügten, aber am Stichtag 1. Januar 2017 bestimmte Voraussetzungen erfüllten?	-	X	X	numerische Angabe		Bestimmte Voraussetzungen meint: – mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und – mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.
28	Wie hoch war der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenschwester ohne abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“, jedoch mit den genannten Voraussetzungen?	-	X	X	prozentuale Angabe/ berechnetes Feld		Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
29	Wurde die Erfüllung der Voraussetzungen schriftlich durch die Pflegedienstleitung bestätigt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
30	Wurde in jeder Schicht eine Gesundheits- und Kinderkrankenschwester oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenschwester mit Qualifikation nach Nummer 23 oder Nummer 25 eingesetzt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
31	War auf der neonatologischen Intensivstation jederzeit mindestens ein Gesundheits- und	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Kinderkrankenpfleger je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g verfügbar?						
32	War auf der neonatologischen Intensivstation jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g verfügbar?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
33	Waren die Mindestvorgaben an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 Absatz 5 und Absatz 6 der Anlage 2 zu 90 % der Schichten des vergangenen Kalenderjahres erfüllt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN% [Zahl 0<x<90]	Die vorgegebenen Pflegeschlüssel müssen zu 90 % der Schichten mit Frühgeborenen unter 1500 g umgesetzt sein. Dieses Kriterium ist nur für die Erfassungsjahre 2020 bis 2022 gültig.
34	Waren die Mindestvorgaben an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 Absatz 5 und Absatz 6 der Anlage 2 zu 95 % der Schichten des vergangenen Kalenderjahres erfüllt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN% [Zahl 0<x<95]	Die vorgegebenen Pflegeschlüssel müssen zu 95 % der Schichten mit Frühgeborenen unter 1500 g umgesetzt sein. Dieses Kriterium ist nur für das Erfassungsjahr 2023 gültig.
35	Wie hoch war die Anzahl aller Schichten im vergangenen Kalenderjahr mit intensivtherapiepflichtigen oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g auf der neonatologischen Intensivstation insgesamt?	-	X	X	numerische Angabe		
36	Wie hoch war die Anzahl aller Schichten, in denen die Vorgaben zur Versorgung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g im zurückliegenden Kalenderjahr ohne Berücksichtigung der Ausnahmetatbestände gemäß § 12 erfüllt wurden?	-	X	X	numerische Angabe		Es ist die Anzahl der Schichten anzugeben, in denen der tatsächliche Personaleinsatz <u>mindestens</u> den nach QFR-RL rechnerisch benötigten Pflegepersonen für die Versorgung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g entsprach.
37	Wie hoch war die Anzahl aller Schichten, in denen die Vorgaben zur Versorgung von intensivtherapiepflichtigen	-	X	X	numerische Angabe		Es ist die Anzahl der Schichten anzugeben, in denen der tatsächliche Personaleinsatz <u>nicht</u> den nach QFR-RL

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g im zurückliegenden Kalenderjahr unter Berücksichtigung der Ausnahmetatbestände gemäß § 12 erfüllt wurden?						rechnerisch benötigten Pflegepersonen für die Versorgung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g entsprach, aber von diesen Mindestvorgaben im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes gemäß § 12 QFR-RL abgewichen werden konnte.
38	Erfolgte im vergangenen Kalenderjahr eine Abweichung von der Anforderung gemäß § 12 Absatz 1 Satz 2?	-	X	X	☐ JA Häufigkeit des Ereignisses: ...	☐ NEIN	
39	Geben Sie die Ereignisse an, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben.		X	X	Freitext		Es sind sämtliche Ereignisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben, zu dokumentieren. Dies betrifft sämtliche Abweichungen vom richtlinienkonformen Personalschlüssel und ist zusätzlich zur Dokumentation der schichtbezogenen Erfüllungsquote zu führen. Ziel ist es, zu dokumentieren, aus welchen Gründen von den Vorgaben der Richtlinie abgewichen wurde. Es ist das Ereignis bzw. die Ereignisse zu benennen, das bzw. die zur Abweichung geführt hat bzw. haben. Darunter ist z. B. eine unvorhergesehene Zuverlegung, eine Mehrlingsgeburt oder die akute Veränderung des Intensivpflegebedarfes von Patientinnen und Patienten zu verstehen. Es kann aber bei unverändertem Patientenstamm auch ein unvorhergesehener Personalausfall ein solches Ereignis sein.

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
40	Lagen im vergangenen Kalenderjahr Voraussetzungen für den Ausnahmetatbestand a) Mehr als 15 % krankheitsbedingter Ausfall des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals oder	-	X	X	☐ JA Häufigkeit des Ereignisses: ...	☐ NEIN	
	b) Unvorhergesehener Zugang von mehr als 2 Frühgeborenen < 1500 g Geburtsgewicht innerhalb einer Schicht vor?	-	X	X	☐ JA Häufigkeit des Ereignisses: ...	☐ NEIN	
41	Verfügte die Einrichtung über ein Personalmanagementkonzept?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
42	Wurde für alle weiteren Patientinnen und Patienten auf der neonatologischen Intensivstation qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger – unabhängig von Fachweiterbildung bzw. spezieller Erfahrung) in ausreichender Zahl entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf eingesetzt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
43	Welcher Planungsschlüssel wurde für die Versorgung der weiteren intensivtherapiepflichtigen Patienten im Personalmanagementkonzept zu Grunde gelegt?	-	X	X	1:.....		
44	Welcher Planungsschlüssel wurde für die Versorgung der weiteren intensivüberwachungspflichtigen Patienten im Personalmanagementkonzept zu Grunde gelegt?	-	X	X	1:.....		
45	Welcher Planungsschlüssel wurde für die Versorgung der übrigen Patienten auf der neonatologischen Intensivstation im Personalmanagementkonzept zu Grunde gelegt?	-	X	X	1:.....		
46	Hat die Stationsleiterin oder der Stationsleiter der Intensivstation eine Weiterbildung im Bereich „Leitung einer Station/eines Bereiches“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 28. November 2017 (in der Fassung vom 17. September 2018)	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	oder eine vergleichbare Hochschulqualifikation oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung sowie ab 1. Januar 2029 eine Weiterbildung im pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Nummer 23 oder Nummer 25 absolviert?						
47	a) Hat das Perinatalzentrum dem G-BA mitgeteilt, dass es nach dem 1. Januar 2017 die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 der Anlage 2 nicht erfüllt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) Wenn ja, dann: Nahm das Perinatalzentrum auf Landesebene an einem gesonderten klärenden Dialog zu seiner Personalsituation mit der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß § 5 DeQS-RL (LAG) teil?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
48	Befanden sich der Entbindungsbereich, der Operationsbereich und die neonatologische Intensivstation im selben Gebäude (möglichst Wand an Wand) oder in miteinander verbundenen Gebäuden?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
49	Verfügte die neonatologische Intensivstation über mindestens sechs neonatologische Intensivtherapieplätze?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
50	Verfügten diese neonatologischen Intensivtherapieplätze über jeweils einen Intensivpflege-Inkubator sowie ein Monitoring bzgl. Elektrokardiogramm (EKG), Blutdruck und Pulsoximeter?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
51	Stand an vier Intensivtherapieplätzen jeweils mindestens ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene sowie die Möglichkeit zur transkutanen Messung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks (pO ₂) und des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO ₂) zur Verfügung?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
52	War auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart die folgende Mindestausstattung an Geräten verfügbar: jeweils ein Röntgengerät, Ultraschallgerät	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	(inklusive Echokardiografie), Elektroenzephalografiegerät (Standard-EEG oder Amplitudenintegriertes EEG) und Blutgasanalysegerät?						
53	War das Blutgasanalysegerät innerhalb von drei Minuten erreichbar?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
54	War das Perinatalzentrum in der Lage, im Notfall Früh- und Reifgeborene außerhalb des eigenen Perinatalzentrums angemessen zu versorgen und mittels mobiler Intensivereinheit in das Perinatalzentrum zu transportieren?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
55	Waren die Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung gegeben?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
56	Wurden ärztliche Dienstleistungen folgender Fachrichtungen vorgehalten oder durch vergleichbare Regelungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen gewährleistet?	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	a) Kinderchirurgie als Rufbereitschaftsdienst						
	b) Kinderkardiologie als Rufbereitschaftsdienst	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	c) Mikrobiologie (ärztliche Befundbewertung und Befundauskunft) als Regeldienst (auch telefonisch)	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	d) Mikrobiologie (an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen besteht mindestens eine Rufbereitschaft (auch telefonisch), die auf ein bestimmtes Zeitfenster beschränkt werden kann)	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	e) Radiologie als Rufbereitschaftsdienst	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	f) Neuropädiatrie mindestens als telefonisches Konsil im	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung)	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil				☐ JA (Kooperationspartner)		
	g) Ophthalmologie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	h) Humangenetik mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil sowie die genetische Beratung	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
57	Wurden folgende nicht-ärztliche Dienstleistungen im Perinatalzentrum vorgehalten oder durch vergleichbare Regelungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen gewährleistet?	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	a) Laborleistungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst						
	b) mikrobiologische Laborleistungen als Regeldienst, auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	c) die Durchführung von Röntgenuntersuchungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst		X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
58	War in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern im Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g pro Jahr fest zugeordnet und stand montags bis freitags zur Verfügung?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	Eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern kann zum Beispiel durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten, Diplompsychologen, Psychiater und darüber hinaus durch Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter erfolgen.
59	Wurde die weitere Betreuung der Familien im häuslichen Umfeld durch eine gezielte Entlassungsvorbereitung sichergestellt und im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V noch während des stationären Aufenthalts ein	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Kontakt zur ambulanten, fachärztlichen Weiterbehandlung wie z. B. Sozialpädiatrische Zentren mit dem Ziel hergestellt, dass die im Entlassbericht empfohlenen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden?						
60	Wurde bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm im Entlassbrief die Überleitung in eine angemessene strukturierte und insbesondere entwicklungsneurologische Diagnostik und ggf. Therapie in spezialisierte Einrichtungen (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren) empfohlen?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
61	Wurde die Klinik innerhalb von sechs Monaten über Art und Ausmaß der strukturierten und insbesondere entwicklungsneurologischen Diagnostik und ggf. Therapie in spezialisierten Einrichtungen durch die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt informiert?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
62	Wurde bei erfüllten Anspruchsvoraussetzungen die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V verordnet?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
63	a) Erfolgt eine kontinuierliche Teilnahme an der externen Infektions-Surveillance für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g?	-	X	X	☐ JA (NEO-KISS) ☐ JA (gleichwertig NEO-KISS)	☐ NEIN	
	b) Erfolgt eine kontinuierliche Durchführung der entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung für alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
64	Wurde jedes aufgenommene Frühgeborene mit unter 1500 g Geburtsgewicht mindestens einmal während der im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Fallbesprechungen möglichst nach einer Woche, spätestens jedoch	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	14 Tage nach der Geburt vorgestellt?						
65	Nahmen an den interdisziplinären Fallbesprechungen mindestens folgende Fachbereiche teil: Geburtshilfe einschließlich einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers, Neonatologie einschließlich eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers, bei Bedarf psychosoziale Betreuung nach Nummer I.4.3 der Anlage 2, Humangenetik, bei Bedarf Pathologie, bei Bedarf Krankenhaushygiene, bei Bedarf Kinderchirurgie und bei Bedarf Anästhesie?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
66	Wurde das Ergebnis der Fallbesprechung in der Patientenakte dokumentiert?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle 3: Datenfelder für Perinatalzentren Level 2

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
1	Verfügte die Geburtshilfe über eine hauptamtliche ärztliche Leitung mit dem Schwerpunkt oder der fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
2	Verfügte die Stellvertretung der ärztlichen Leitung der Geburtshilfe über mindestens drei Jahre klinische Erfahrung als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
3	War die geburtshilfliche Versorgung mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst im Hause möglich, keine Rufbereitschaft) im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP sichergestellt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
4	a) Bestand ein Rufbereitschaftsdienst?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) War der Präsenzarzt oder der Arzt in Rufbereitschaft ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	c) War im Hintergrund jederzeit ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt oder fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ erreichbar?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
5	Wurde die hebammenhilfliche oder entbindungspflegerische Leitung des Kreißsaales einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger hauptamtlich übertragen?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
6	Stellten die nachweislich getroffenen Regelungen (Organisationsstatut der Einrichtungen) eine sachgerechte Ausübung der Leitungsfunktion, unabhängig von der Art des	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Beschäftigungsverhältnisses, sicher?						
7	Hat die leitende Hebamme oder der leitende Entbindungspfleger einen Leitungslehrgang absolviert?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
8	War im Kreißsaal die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers gewährleistet?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
9	a) Gab es einen Rufbereitschaftsdienst (Hebamme oder Entbindungspfleger)?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) Wenn nein: Gab es im Rahmen einer vergleichbaren Regelung eine Vertretung durch eine Beleghebamme oder einen Belegentbindungspfleger?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
10	War die ständige Erreichbarkeit einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers auf der präpartalen Station sichergestellt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
11	Nahmen die Hebammen und Entbindungspfleger an Maßnahmen des klinikinternen Qualitätsmanagements teil (z. B. Qualitätszirkel, Perinataalkonferenz etc.)?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
12	Oblag die hauptamtliche ärztliche Leitung der Behandlung eines Früh- und Reifgeborenen, welches den Aufnahmekriterien eines Perinatalzentrums Level 1 oder Level 2 entspricht, bis mindestens 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin durchgängig einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde jeweils mit dem Schwerpunkt Neonatologie?		X	X	☐ JA	☐ NEIN	
13	a) Verfügte die hauptamtliche ärztliche Leitung der Neonatologie über eine Vertretung?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) Wies die Stellvertretung der ärztlichen Leitung die gleiche Qualifikation auf wie die ärztliche Leitung?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
14	War die ärztliche Versorgung der Früh- und Reifgeborenen, durch permanente Arztpräsenz (Schicht- oder Bereitschaftsdienst, keine Rufbereitschaft) im neonatologischen Intensivbereich sichergestellt (für Intensivstation und Kreißsaal; nicht gleichzeitig	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	für Routineaufgaben auf anderen Stationen oder Einheiten)?						
15	a) Bestand zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) War der Präsenzarzt ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	Wenn Buchstabe b nein, dann: c) War der Arzt in Rufbereitschaft ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	Wenn Buchstabe c nein, dann: d) War im Hintergrund ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt „Neonatologie“ jederzeit erreichbar?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
16	Aus insgesamt wie vielen Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) bestand der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung?		X	X	numerische Angabe		
17	Aus insgesamt wie vielen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen) bestand der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung, die eine Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben und die am Stichtag	-	X	X	numerische Angabe		Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL		
	19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllen: – mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und – mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung?					Psychiatrie“ vom 20. September 2011) oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015) Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils eine Einschätzung ab.
18	Wie hoch war der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger im Pflegedienst mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung, welche bis zum Stichtag 19. September 2019 folgende Voraussetzungen erfüllten: – mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und – mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung?		X	X	prozentuale Angabe/ berechnetes Feld	Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen. Der Anteil dieser Pflegekräfte darf maximal 15 % betragen.
19	Wie hoch war die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe	-	X	X	numerische Angabe	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL		
	aus Vollzeit- und Teilzeitstellen), die über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ verfügten?					
20	Wie hoch war die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen), die sich in einer Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden?	-	X	X	numerische Angabe	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tätig sind.
21	Wie hoch war der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit einer abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“?	-	X	X	prozentuale Angabe/ berechnetes Feld	Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
22	Wie hoch war der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden?	-	X	X	prozentuale Angabe/ berechnetes Feld	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die sich in einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tätig sind. Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
23	Wie hoch war die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Vollzeitäquivalente, d.h. Summe aus Vollzeit- und Teilzeitstellen), die nicht über eine abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder	-	X	X	numerische Angabe	Bestimmte Voraussetzungen meint: – mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	„Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ verfügten, aber am Stichtag 1. Januar 2017 bestimmte Voraussetzungen erfüllten?						entsprechend anteilig angerechnet – und – mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.
24	Wie hoch war der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ohne abgeschlossene Weiterbildung in den pflegerischen Fachgebieten „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“, jedoch mit den genannten Voraussetzungen?	-	X	X	prozentuale Angabe/ berechnetes Feld		Die Prozentwerte sind bezogen auf Vollzeitäquivalente zu berechnen.
25	Wurde die Erfüllung der Voraussetzungen schriftlich durch die Pflegedienstleitung bestätigt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
26	Wurde in jeder Schicht eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Qualifikation nach Nummer 19 oder Nummer 21 eingesetzt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
27	War auf der neonatologischen Intensivstation jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g verfügbar?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
28	War auf der neonatologischen Intensivstation jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g verfügbar?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
29	Waren die Mindestvorgaben an die pflegerische Versorgung in Nummer II.2.2 Absatz 5 und Absatz 6 der Anlage 2 zu 90 % der Schichten des vergangenen Kalenderjahres erfüllt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN% [Zahl 0<x<90]	Die vorgegebenen Pflegeschlüssel müssen zu 90 % der Schichten mit Frühgeborenen unter 1500 g Geburtsgewicht umgesetzt sein. Dieses Kriterium ist nur für die Erfassungsjahre 2020 bis 2022 gültig.
30	Waren die Mindestvorgaben an die pflegerische Versorgung in	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	Die vorgegebenen Pflegeschlüssel müssen zu

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Nummer II.2.2 Absatz 5 und Absatz 6 der Anlage 2 zu 95 % der Schichten des vergangenen Kalenderjahres erfüllt?					% [Zahl 0<x<95]	95 % der Schichten mit Frühgeborenen unter 1500 g Geburtsgewicht umgesetzt sein. Dieses Kriterium ist nur für das Erfassungsjahr 2023 gültig.
31	Wie hoch war die Anzahl aller Schichten im vergangenen Kalenderjahr mit intensivtherapiepflichtigen oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g auf der neonatologischen Intensivstation insgesamt?	-	X	X	numerische Angabe		
32	Wie hoch war die Anzahl aller Schichten, in denen die Vorgaben zur Versorgung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g im zurückliegenden Kalenderjahr ohne Berücksichtigung der Ausnahmetatbestände gemäß § 12 erfüllt wurden?	-	X	X	numerische Angabe		Es ist die Anzahl der Schichten anzugeben, in denen der tatsächliche Personaleinsatz <u>mindestens</u> den nach QFR-RL rechnerisch benötigten Pflegepersonen für die Versorgung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g entsprach.
33	Wie hoch war die Anzahl aller Schichten, in denen die Vorgaben zur Versorgung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g im zurückliegenden Kalenderjahr unter Berücksichtigung der Ausnahmetatbestände gemäß § 12 erfüllt wurden?	-	X	X	numerische Angabe		Es ist die Anzahl der Schichten anzugeben, in denen der tatsächliche Personaleinsatz <u>nicht</u> den nach QFR-RL rechnerisch benötigten Pflegepersonen für die Versorgung von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g oder intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g entsprach, aber von diesen Mindestvorgaben im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes gemäß § 12 QFR-RL abgewichen werden konnte.
34	Erfolgte im vergangenen Kalenderjahr eine Abweichung von der Anforderung gemäß § 12 Absatz 1 Satz 2?	-	X	X	☐ JA Häufigkeit des Ereignisses: ...	☐ NEIN	
35	Geben Sie die Ereignisse an, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben.	-	X	X	Freitext		Es sind sämtliche Ereignisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben, zu dokumentieren.

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
							Dies betrifft sämtliche Abweichungen vom richtlinienkonformen Personalschlüssel und ist zusätzlich zur Dokumentation der schichtbezogenen Erfüllungsquote zu führen. Ziel ist es, zu dokumentieren, aus welchen Gründen von den Vorgaben der Richtlinie abgewichen wurde. Es ist das Ereignis bzw. die Ereignisse zu benennen, das bzw. die zur Abweichung geführt hat bzw. haben. Darunter ist z. B. eine unvorhergesehene Zuverlegung, eine Mehrlingsgeburt oder die akute Veränderung des Intensivpflegebedarfes von Patientinnen und Patienten zu verstehen. Es kann aber bei unverändertem Patientenstamm auch ein unvorhergesehener Personalausfall ein solches Ereignis sein.
36	Lagen im vergangenen Kalenderjahr Voraussetzungen für den Ausnahmetatbestand a) Mehr als 15 % krankheitsbedingten Ausfall des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals oder b) Unvorhergesehener Zugang von mehr als 2 Frühgeborenen <1500 g Geburtsgewicht innerhalb einer Schicht vor?	-	X	X	☐ JA Häufigkeit des Ereignisses: ...	☐ NEIN	
			X	X	☐ JA Häufigkeit des Ereignisses: ...	☐ NEIN	
37	Verfügte die Einrichtung über ein Personalmanagementkonzept?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
38	Wurde für alle weiteren Patientinnen und Patienten auf der neonatologischen Intensivstation qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger – unabhängig von Fachweiterbildung bzw. spezieller Erfahrung) in ausreichender Zahl entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf eingesetzt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
39	Welcher Planungsschlüssel wurde für die Versorgung der weiteren	-	X	X	1:.....		

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	intensivtherapiepflichtigen Patienten im Personalmanagementkonzept zu Grunde gelegt?						
40	Welcher Planungsschlüssel wurde für die Versorgung der weiteren intensivüberwachungspflichtigen Patienten im Personalmanagementkonzept zu Grunde gelegt?	-	X	X	1:.....		
41	Welcher Planungsschlüssel wurde für die Versorgung der übrigen Patienten auf der neonatologischen Intensivstation im Personalmanagementkonzept zu Grunde gelegt?	-	X	X	1:.....		
42	Hat die Stationsleiterin oder der Stationsleiter der Intensivstation eine Weiterbildung im Bereich „Leitung einer Station/eines Bereiches“ gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 28. November 2017 (in der Fassung vom 17. September 2018) oder eine vergleichbare Hochschulqualifikation oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung sowie ab 1. Januar 2029 eine Weiterbildung im pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Nummer 19 oder Nummer 21 absolviert?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
43	a) Hat das Perinatalzentrum dem G-BA mitgeteilt, dass es nach dem 1. Januar 2017 die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer II.2.2 der Anlage 2 nicht erfüllt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) Wenn ja, dann: Nahm das Perinatalzentrum auf Landesebene an einem gesonderten klärenden Dialog zu seiner Personalsituation mit der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß § 5 DeQS-RL (LAG) teil?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
44	Befanden sich der Entbindungsbereich, der Operationsbereich und die neonatologische Intensivstation im selben Gebäude (möglichst Wand an Wand) oder in miteinander verbundenen Gebäuden?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
45	Verfügte die neonatologische Intensivstation über mindestens vier neonatologische Intensivtherapieplätze?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
46	Verfügten diese neonatologischen Intensivtherapieplätze über jeweils einen Intensivpflege-Inkubator sowie ein Monitoring bzgl. Elektrokardiogramm (EKG), Blutdruck und Pulsoximeter?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
47	Stand an zwei Intensivtherapieplätzen jeweils mindestens ein Beatmungsgerät für Früh- und Reifgeborene sowie die Möglichkeit zur transkutanen Messung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks (pO ₂) und des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO ₂) zur Verfügung?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
48	War auf der neonatologischen Intensivstation oder unmittelbar benachbart die folgende Mindestausstattung an Geräten verfügbar: jeweils ein Röntgengerät, Ultraschallgerät (inklusive Echokardiografie), Elektroenzephalografiegerät (Standard-EEG oder Amplitudenintegriertes EEG) und Blutgasanalysegerät?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
49	War das Blutgasanalysegerät innerhalb von drei Minuten erreichbar?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
50	Wurden ärztliche Dienstleistungen folgender Fachrichtungen vorgehalten oder durch vergleichbare Regelungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen gewährleistet?	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	a) Kinderchirurgie als Rufbereitschaftsdienst	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	b) Kinderkardiologie als Rufbereitschaftsdienst	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	c) Mikrobiologie (ärztliche Befundbewertung und Befundauskunft) als Regeldienst (auch telefonisch)	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	d) Mikrobiologie (an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen besteht mindestens eine Rufbereitschaft (auch telefonisch), die auf ein bestimmtes Zeitfenster beschränkt werden kann)	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	e) Radiologie als Rufbereitschaftsdienst	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	f) Neuropädiatrie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	g) Ophthalmologie mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	h) Humangenetik mindestens als telefonisches Konsil im Regeldienst und Terminvereinbarung für das klinische Konsil sowie die genetische Beratung	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
51	Wurden folgende nicht-ärztliche Dienstleistungen im Perinatalzentrum vorgehalten oder durch vergleichbare Regelungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen gewährleistet?	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	a) Laborleistungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	b) mikrobiologische Laborleistungen als Regeldienst, auch an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
	c) die Durchführung von Röntgenuntersuchungen im Schicht- oder Bereitschaftsdienst	-	X	X	☐ JA (eigene Fachabteilung) ☐ JA (Kooperationspartner)	☐ NEIN	
52	War in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie eine professionelle psychosoziale	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	Eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern kann zum Beispiel durch

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	Betreuung der Eltern im Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g pro Jahr fest zugeordnet und stand montags bis freitags zur Verfügung?						ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten, Diplompsychologen, Psychiater und darüber hinaus durch Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter erfolgen.
53	Wurde die weitere Betreuung der Familien im häuslichen Umfeld durch eine gezielte Entlassungsvorbereitung sichergestellt und im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V noch während des stationären Aufenthalts ein Kontakt zur ambulanten, fachärztlichen Weiterbehandlung wie z. B. Sozialpädiatrische Zentren mit dem Ziel hergestellt, dass die im Entlassbericht empfohlenen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt werden?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
54	Wurde bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g im Entlassbrief die Überleitung in eine angemessene strukturierte und insbesondere entwicklungsneurologische Diagnostik und gegebenenfalls Therapie in spezialisierte Einrichtungen (z. B. in Sozialpädiatrische Zentren) empfohlen?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
55	Wurde die Klinik innerhalb von sechs Monaten über Art und Ausmaß der strukturierten und insbesondere entwicklungsneurologischen Diagnostik und gegebenenfalls Therapie in spezialisierten Einrichtungen durch die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt informiert?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
56	Wurde bei erfüllten Anspruchsvoraussetzungen die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Absatz 2 SGB V verordnet?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
57	a) Erfolgt eine kontinuierliche Teilnahme an der externen Infektions-Surveillance für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g?	-	X	X	☐ JA (NEO-KISS) ☐ JA (gleichwertig NEO-KISS)	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung der Datenfelder			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
	b) Erfolgt eine kontinuierliche Durchführung der entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung für alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
58	Wurden die Kriterien für eine Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal beachtet?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
59	Wurde jedes aufgenommene Frühgeborene mit unter 1500 g Geburtsgewicht mindestens einmal während der im Rahmen seines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Fallbesprechungen möglichst nach einer Woche, spätestens jedoch 14 Tage nach der Geburt vorgestellt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
60	Nahmen an den interdisziplinären Fallbesprechungen mindestens folgende Fachbereiche teil: Geburtshilfe einschließlich einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers, Neonatologie einschließlich eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers, bei Bedarf psychosoziale Betreuung nach Nummer II.4.3 der Anlager 2, Humangenetik, bei Bedarf Pathologie, bei Bedarf Krankenhaushygiene, bei Bedarf Kinderchirurgie und bei Bedarf Anästhesie?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
61	Wurde das Ergebnis der Fallbesprechung in der Patientenakte dokumentiert?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Tabelle 4: Datenfelder für Einrichtungen mit perinatalem Schwerpunkt

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administrativ	Qualitätsinformationen	Anforderung der QFR-RL			
1	a) Befand sich der Perinatale Schwerpunkt in einem Krankenhaus, das eine Geburtsklinik mit Kinderklinik im Haus vorhält?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
	b) Wenn nein: Verfügt es über eine kooperierende Kinderklinik?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
2	Lag die ärztliche Leitung der Behandlung der Früh- und Reifgeborenen im Perinatalen Schwerpunkt bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
3	War die ärztliche Versorgung der Früh- und Reifgeborenen mit einem pädiatrischen Dienstarzt (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst ist möglich) sichergestellt?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
4	War der Perinatale Schwerpunkt in der Lage, plötzlich auftretende, unerwartete neonatologische Notfälle adäquat (d. h. ein Arzt der Kinderklinik muss im Notfall innerhalb von zehn Minuten im Kreißsaal und der Neugeborenenstation sein) zu versorgen?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
5	Hatte die kooperierende Kinderklinik einen Rufbereitschaftsdienst, in dem ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde jederzeit verfügbar war?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
6	Erfolgte die Pflege der Frühgeborenen und kranken Neugeborenen durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
7	Konnte bei anhaltenden gesundheitlichen Problemen des Früh- oder Reifgeborenen eine Verlegung in ein Perinatalzentrum Level 1 oder Perinatalzentrum Level 2 erfolgen?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
8	Bestand die Möglichkeit zur notfallmäßigen Beatmung für Früh- und Reifgeborene?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
9	Waren diagnostische Verfahren für Früh- und Reifgeborene, wie: Radiologie, allgemeine Sonografie, Echokardiografie, Elektroenzephalografie (Standard-EEG) und Labor im Perinatalen Schwerpunkt, verfügbar?	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	
10	Wurden die Kriterien für eine Zuweisung in die höheren Versorgungsstufen im Rahmen des einrichtungsinternen	-	X	X	☐ JA	☐ NEIN	

Lfd. Nr.	Datenfeld	Zweckbindung			Antwortmöglichkeit		Ausfüllhinweise
		Administ rativ	Qualitätsinfor mationen	Anforderung der QFR-RL			
	Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal beachtet?						

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 7: Einheitliches Berichtsformat der Lenkungsstellen an den G-BA gemäß § 8 Absatz 11 QFR-RL

Die Erfassung der folgenden Informationen erfolgt anhand der bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorliegenden Daten.

A Übergreifender Teil (landesbezogen auszufüllen)

Lfd. Nr.	Datenfeld	Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweise
A) 1 - Kennzahlen der Versorgung			
A) 1.1.	a) Anzahl Frühgeborener mit Geburtsgewicht < 1500 g im vergangenen Kalenderjahr: <i>Bitte nutzen Sie folgende Quelle:</i> Daten der Neonatalerhebung, Frühgeborene < 1500 g mit Entlassungsdatum des Kindes im vergangenen Kalenderjahr b) Sofern die Daten der Neonatalerhebung zum vergangenen Kalenderjahr nicht vollständig angegeben werden können, geben Sie bitte im Freitextfeld die Ihnen stattdessen verfügbaren Daten an und nennen Sie dazu die Datengrundlage.	Zu a) <i>Numerische Angabe</i> Zu b) <i>Freitextangabe</i>	Zu a) Max. 4-stellig Zu b) Freitextangabe
A) 1.2	Anzahl der Standorte zum Stichtag 1. Januar des vergangenen Kalenderjahres nach Versorgungsstufe: a) Perinatalzentrum Level 1: b) Perinatalzentrum Level 2: c) Perinataler Schwerpunkt: <i>Hinweis:</i> Bitte führen Sie die Anzahl der an der Versorgung beteiligten Standorte nach den einzelnen Versorgungsstufen differenziert auf. Wenn möglich, verwenden Sie eine andere Datenquelle als die Webseite www.perinatalzentrum.org.	<i>Numerische Angabe</i> <i>Numerische Angabe</i> <i>Numerische Angabe</i>	Max. 2-stellig Max. 2-stellig Max. 2-stellig
A) 1.3	Anzahl der Standorte zum Stichtag 31. Dezember des vergangenen Kalenderjahres nach Versorgungsstufe: a) Perinatalzentrum Level 1: b) Perinatalzentrum Level 2:	<i>Numerische Angabe</i> <i>Numerische Angabe</i>	Max. 2-stellig Max. 2-stellig

	c) Perinataler Schwerpunkt: <i>Hinweis:</i> Bitte führen Sie die Anzahl der an der Versorgung beteiligten Standorte nach den einzelnen Versorgungsstufen differenziert auf. Wenn möglich, verwenden Sie eine andere Datenquelle als die Webseite www.perinatalzentren.org.	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.4	Wie viele Standorte mit Perinatalzentrum haben im vergangenen Kalenderjahr eine Meldung über eine Nichterfüllung abgegeben? (Hier sind keine Meldungen aus früheren Jahren anzugeben.)	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.5	Mit wie vielen Standorten mit Perinatalzentrum wurde im vergangenen Kalenderjahr ein klärender Dialog mit dem Lenkungsgremium <u>begonnen</u> ?	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.5.1	Bei wie vielen dieser Standorte mit Perinatalzentrum gemäß A) 1.5, die im vergangenen Kalenderjahr in einen klärenden Dialog getreten sind, wurde bei der Prüfung festgestellt, dass alle Anforderungen aktuell erfüllt werden und daher keine Zielvereinbarung notwendig ist?	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.6	Mit wie vielen Standorten mit Perinatalzentrum wurde im vergangenen Kalenderjahr <u>insgesamt</u> ein klärender Dialog <u>beendet</u> ?	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.7	Wie viele Standorte mit Perinatalzentrum befanden sich zu Beginn des vergangenen Kalenderjahres (Stichtag 1. Januar) <u>insgesamt</u> in einem klärenden Dialog, unabhängig vom Jahr der Meldung?	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.8	Wie viele Standorte mit Perinatalzentrum befanden sich im Laufe des vergangenen Kalenderjahres <u>insgesamt</u> in einem klärenden Dialog, unabhängig vom Jahr der Meldung?	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.8.1	Mit wie vielen dieser Standorte mit Perinatalzentrum gemäß A) 1.8 wurde im vergangenen Kalenderjahr eine Zielvereinbarung im klärenden Dialog getroffen bzw. bestand eine bereits früher getroffene Zielvereinbarung?	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.9	Wie viele Standorte mit Perinatalzentrum befanden sich am	Numerische Angabe	Max. 2-stellig

	Ende des vergangenen Kalenderjahres (Stichtag 31. Dezember) <u>insgesamt</u> in einem klärenden Dialog, unabhängig vom Jahr der Meldung?		
A) 1.10	Wie viele Standorte mit Perinatalzentrum befinden sich über das vergangene Kalenderjahr hinaus weiterhin in einem klärenden Dialog (Stichtag 1. Januar des <u>laufenden</u> Kalenderjahres), unabhängig vom Jahr der Meldung? <i>Hinweis:</i> Die Frage ist nur zu beantworten, wenn die Regelung zum klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL im folgenden Kalenderjahr Anwendung findet.	Numerische Angabe	Max. 2-stellig
A) 1.11	Hier können Sie Erläuterungen zu Ihren obigen Angaben machen:	Freitextangabe	Freitextangabe
A) 2 - Einschätzung im Hinblick auf die Versorgung der Früh- und Reifgeborenen gemäß § 8 Absatz 7 QFR-RL			
A) 2.1	Gibt es Standorte mit Perinatalzentrum in dem jeweiligen Bundesland bzw. der jeweiligen Region, welche die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL in der vereinbarten Frist gemäß § 8 Absatz 6 QFR-RL nicht erreicht haben? <i>Hinweis:</i> Die Frage bezieht sich auf alle Standorte mit Perinatalzentrum seit Beginn des Verfahrens für den klärenden Dialog im Jahr 2017.	Bitte wählen Sie eine Antwort aus: [Ja] <i>ODER</i> [Nein]	Einfachantwort Filterfrage: Wenn „Ja“, dann weiter mit A) 2.1.1 bis A) 2.1.4 Wenn „Nein“, dann weiter mit A) 2.2
A) 2.1.1	Um wie viele Standorte mit Perinatalzentrum handelt es sich, bei denen die vereinbarte Frist bereits abgelaufen ist, und welche die Anforderungen in der Frist nicht erreicht haben?	Numerische Angabe	Max. 2-stellig

A) 2.1.2	Aus welchen Gründen haben diese Standorte mit Perinatalzentrum die Richtlinienanforderungen nicht in der vereinbarten Frist erfüllt? Bitte geben Sie die übergeordneten Gründe an, die sich im klärenden Dialog bestätigt haben.	Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Gründe an: [A] Erhöhtes Patientenaufkommen, patientenbezogen (z.B. bei erhöhtem Pflegebedarf, Mehrlingsgeburten, ungeplanten Aufnahmen)] [B] Erhöhtes Patientenaufkommen, strukturell (z.B. bei erhöhter Zuverlegung, fehlenden Verlegungsmöglichkeiten)] [C] Akuter Personalausfall (z.B. krankheitsbedingt, Aussprache eines Beschäftigungsverbotes aufgrund einer Schwangerschaft)] [D] Nicht-akuter Personalausfall (z.B. Urlaub, Schwangerschaft, Fachweiterbildung)] [E] Arbeitsmarktsituation / offene Planstellen] [F] Unzureichendes Personalmanagementkonzept] [G] Sonstige Gründe:] <i>bitte erläutern</i>	Mehrfachantwort möglich Bei G): Freitextangabe
A) 2.1.3	a) Wie schätzt das Lenkungsgremium bzw. die Fachgruppe die mit der Nichterfüllung bis zur vereinbarten Frist einhergehenden Auswirkungen auf die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen im jeweiligen Bundesland bzw. der Region ein?	Zu a) Bitte kreuzen Sie die zutreffende Gesamteinschätzung an (nur eine Antwort möglich): [A] Eine ausreichende Versorgungsqualität bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit und zukünftig (trotz der Nichterreichung der Erfüllung in der vereinbarten Frist) gewährleistet.] [B] Eine ausreichende Versorgungsqualität bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit und zukünftig gefährdet.] [C] Eine ausreichende Versorgungsqualität bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw.	Zu a) Einfachantwort

		der Region ist derzeit gewährleistet, aber zukünftig gefährdet.] [D) Es ist derzeit unklar, welche Auswirkungen die Nichterfüllung auf die Versorgungsqualität hat bzw. haben wird.]	
	b) Sie können Ihre Gesamteinschätzung zusätzlich als Freitext erläutern.	<i>Zu b) Freitextangabe</i>	Zu b) Freitextangabe
A) 2.1.4	a) Wie schätzt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die mit der Nichterfüllung bis zur vereinbarten Frist einhergehenden Auswirkungen auf die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen im jeweiligen Bundesland bzw. der Region ein, insbesondere zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung?	<i>Zu a)</i> Bitte kreuzen Sie die zutreffende Gesamteinschätzung an (nur eine Antwort möglich): [A) Die flächendeckende Versorgung bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit und zukünftig (trotz der Nichterreicherung der Erfüllung in der vereinbarten Frist) gewährleistet.] [B) Die flächendeckende Versorgung bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit und zukünftig gefährdet.] [C) Die flächendeckende Versorgung bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit gewährleistet, aber zukünftig gefährdet.] [D) Es ist derzeit unklar, welche Auswirkungen die Nichterfüllung auf die flächendeckende Versorgung hat bzw. haben wird.]	Zu a) Einfachantwort

	b) Sie können Ihre Gesamteinschätzung zusätzlich als Freitext erläutern. c) Sofern Sie unter A) 2.1.4 a) eine der drei Optionen [B], [C] oder [D] angekreuzt haben, bitte erläutern Sie, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen?	<i>Zu b) Freitextangabe</i> <i>Zu c) Freitextangabe</i>	Zu b) Freitextangabe Zu c) Freitextangabe
A) 2.2	Das Verfahren des klärenden Dialogs endet am 31. Dezember 2022. Gibt es Standorte mit Perinatalzentrum in dem jeweiligen Bundesland bzw. der jeweiligen Region, welche die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2022 nicht erfüllen werden? <i>Hinweis:</i> Die Frage sowie die nachfolgenden Unterfragen A) 2.2.1 bis A) 2.2.4 sind nur zum Berichtstermin 15. April 2022 zu beantworten.	Bitte wählen Sie eine Antwort aus: [Ja] <i>ODER</i> [Nein]	Einfachantwort Filterfrage: Wenn „Ja“, dann weiter mit A) 2.2.1 bis A) 2.2.4 Wenn „Nein“, dann weiter mit A) 2.3
A) 2.2.1	Um wie viele Standorte mit Perinatalzentrum handelt es sich?	<i>Numerische Angabe</i>	Max. 2-stellig
A) 2.2.2	Aus welchen Gründen werden diese Standorte mit Perinatalzentrum die Richtlinienanforderungen voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2022 nicht erfüllen? Bitte geben Sie die übergeordneten Gründe an, die sich im klärenden Dialog bestätigt haben.	Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Gründe an: [A] Erhöhtes Patientenaufkommen, strukturell (z.B. bei erhöhter Zuverlegung, fehlenden Verlegungsmöglichkeiten)] [B] Nicht-akuter Personalausfall (z.B. Urlaub, Fachweiterbildung)] [C] Arbeitsmarktsituation / offene Planstellen] [D] Unzureichendes Personalmanagementkonzept] [E] Sonstige Gründe:] <i>bitte erläutern</i>	Mehrfachantwort möglich Bei E): Freitextangabe
A) 2.2.3	a) Wie schätzt das Lenkungsgremium bzw. die Fachgruppe die mit der bis zum 31. Dezember 2022 voraussichtlichen Nichterfüllung einhergehenden Auswirkungen auf die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen im jeweiligen Bundesland bzw. der Region ein?	<i>Zu a)</i> Bitte kreuzen Sie die zutreffende Gesamteinschätzung an (nur eine Antwort möglich): [A] Eine ausreichende Versorgungsqualität bei Früh- und	Zu a) Einfachantwort

		Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit und zukünftig (trotz der Nichterreichung der Erfüllung bis Ende 2022) gewährleistet.] [B] Eine ausreichende Versorgungsqualität bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit und zukünftig gefährdet.] [C] Eine ausreichende Versorgungsqualität bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit gewährleistet, aber zukünftig gefährdet.] [D] Es ist derzeit unklar, welche Auswirkungen die Nichterfüllung auf die Versorgungsqualität hat bzw. haben wird.]	
	b) Sie können Ihre Gesamteinschätzung zusätzlich als Freitext erläutern.	Zu b) Freitextangabe	Zu b) Freitextangabe
A) 2.2.4	a) Wie schätzt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die mit der bis zum 31. Dezember 2022 voraussichtlichen Nichterfüllung einhergehenden Auswirkungen auf die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen im jeweiligen Bundesland bzw. der Region ein, insbesondere zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung?	Zu a) Bitte kreuzen Sie die zutreffende Gesamteinschätzung an (nur eine Antwort möglich): [A] Die flächendeckende Versorgung bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit und zukünftig (trotz der Nichterreichung der Erfüllung bis Ende 2022) gewährleistet.] [B] Die flächendeckende Versorgung bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit und zukünftig gefährdet.] [C] Die flächendeckende Versorgung bei Früh- und Reifgeborenen im Bundesland bzw. der Region ist derzeit gewährleistet, aber zukünftig gefährdet.] [D] Es ist derzeit unklar, welche Auswirkungen die Nichterfüllung auf die flächendeckende Versorgung hat bzw. haben wird.]	Zu a) Einfachantwort
	b) Sie können Ihre Gesamteinschätzung zusätzlich als Freitext erläutern.	Zu b) Freitextangabe	Zu b) Freitextangabe

	c) Sofern Sie unter A) 2.2.4 a) eine der drei Optionen [B], [C] oder [D] angekreuzt haben, bitte erläutern Sie, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen?	Zu c) Freitextangabe	Zu c) Freitextangabe
A) 2.3	Hier können Sie Erläuterungen zu Ihren obigen Angaben machen:	Freitextangabe	Freitextangabe
A) 3 - Analyse der Fachgruppe zum koordinierten Vorgehen zur Förderung der Ausbildung von auf der neonatologischen Intensivstation zugelassenen Pflegenden gemäß Nummer I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2			
A) 3.1	Gibt es ein koordiniertes Vorgehen?	Bitte wählen Sie eine Antwort aus: [Ja] ODER [Nein]	Einfachantwort Filterfrage: Wenn „Ja“, dann weiter mit A) 3.1.1 Wenn „Nein“, dann weiter mit A) 3.1.2
A) 3.1.1	Wenn ja, ist dieses Vorgehen ausreichend, um die Ausbildung bzw. Fachweiterbildung von qualifiziertem Pflegepersonal zu fördern?	Bitte wählen Sie eine Antwort aus: [Ja] ODER [Nein]	Einfachantwort Filterfrage: Wenn „Ja“, dann weiter mit A) 3.1.1.1 Wenn „Nein“, dann weiter mit A) 3.1.1.2
A) 3.1.1.1	Wenn das Vorgehen Ihrer Meinung nach ausreichend ist, welche Maßnahmen setzen Sie bei diesem Vorgehen um?	Freitextangabe	Freitextangabe
A) 3.1.1.2	Welche Maßnahmen empfehlen Sie, wenn Sie die existierenden Maßnahmen nicht für ausreichend erachten?	Freitextangabe	Freitextangabe
A) 3.1.2	Wenn es kein koordiniertes Vorgehen gibt, wie kann / sollte dieses Ihrer Auffassung nach initiiert werden?	Freitextangabe	Freitextangabe

B) Spezifischer Teil zum Standort (Ort der Leistungserbringung), d.h. standortbezogen auszufüllen

Lfd. Nr.	Datenfeld	Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweise
B) 1 - Allgemeine Informationen zum Standort			
B) 1.1	Name des Krankenhauses, Bezeichnung des Standortes, Ort	Freitextangabe	Freitextangabe
B) 1.2	Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V (9-stellig)	Numerische Angabe	9-stellig

	<i>Hinweis:</i> Falls für ein Kalenderjahr nur unvollständige Daten vorliegen, lassen Sie das jeweilige Feld leer.		
	01.01. - 31.12.2017: ____%	Numerische Angabe	Max. 3-stellig
	01.01. - 31.12.2018: ____%	Numerische Angabe	Max. 3-stellig
	01.01. - 31.12.2019: ____%	Numerische Angabe	Max. 3-stellig
	01.01. - 31.12.2020: ____%	Numerische Angabe	Max. 3-stellig
	01.01. - 31.12.2021: ____%	Numerische Angabe	Max. 3-stellig
	01.01. - 31.12.2022: ____%	Numerische Angabe	Max. 3-stellig
B) 2.3	Für Standorte mit Perinatalzentrum Level 1: Bitte geben Sie hier die Anzahl der Behandlungsfälle von Früh- und Neugeborenen mit einem Aufnahmegegewicht von < 1250 g im vergangenen Kalenderjahr in diesem Standort mit Perinatalzentrum an (siehe Mm-R, https://www.g-ba.de/richtlinien/5/):	Numerische Angabe	Max. 3-stellig
B) 2.4	Hier können Sie Erläuterungen zu Ihren obigen Angaben machen:	Freitextangabe	Freitextangabe
B) 3 - Zielvereinbarung			
B) 3.1	Wurde eine Zielvereinbarung zwischen dem Standort mit Perinatalzentrum und dem zuständigen Lenkungsgremium getroffen? <i>Hinweis:</i> Die Frage bezieht sich nicht nur auf das vergangene Kalenderjahr.	Bitte wählen Sie eine Antwort aus: [Ja] ODER [Nein]	Einfachantwort Filterfrage: Wenn „Ja“, dann weiter mit B) 3.1.2 bis B) 3.1.5 Wenn „Nein“, dann weiter mit B) 3.1.1
B) 3.1.1	Wenn nein: Bitte begründen Sie, warum keine Zielvereinbarung zustande kam.	Freitextangabe	Freitextangabe
B) 3.1.2	Wenn ja: An welchem Datum wurde die Zielvereinbarung getroffen? <i>Hinweis:</i> Falls mehrere Zielvereinbarungen bzw. Ergänzungsvereinbarungen getroffen wurden, bitte alle Daten angeben.	Datumsangabe (3 Felder): TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ	Datumsangabe
B) 3.1.3	Welche Frist zur Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung wurde in der	Datumsangabe (3 Felder): TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ	Datumsangabe

	Zielvereinbarung festgelegt, d.h. bis wann läuft die Zielvereinbarung? Bitte geben Sie das vereinbarte Datum an. <i>Hinweis:</i> Falls mehrmals eine Frist festgelegt wurde, bitte alle Daten angeben.	TT.MM.JJJJ	
B) 3.1.4	Welche Maßnahmen im Hinblick auf die Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung wurden in der Zielvereinbarung festgelegt?	Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Maßnahmen an: [A) Entwicklung / Optimierung des Personalmanagementkonzepts] → Bitte machen Sie genauere Angaben: - [A1) Erweiterung der Ausbildungskapazitäten des Pflegepersonals] - [A2) Erweiterung der Fachweiterbildungskapazitäten des Pflegepersonals] - [A3) Überprüfung von Dienstplanmodellen] - [A4) Besetzung/ Berechnung von Planstellen] - [A5) Intensivierung der Personalgewinnung] [B) Räumliche Umstrukturierung] [C) Verbesserung der Dokumentationsqualität bzgl. der QFR-RL] [D) Sonstige Maßnahmen:] <i>bitte erläutern</i>	Mehrfachantwort möglich Hinweis: A) ist Oberkategorie; A1-A5) sind Unterkategorien von A) Bei D): Freitextangabe
B) 3.1.5	Stand der Zielerreichung: Hat der Standort mit Perinatalzentrum alle Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL innerhalb der vereinbarten Frist erfüllt?	Bitte wählen Sie eine Antwort aus: [Ja, alle Anforderungen] <i>ODER</i> [Nein, es wurden nicht alle Anforderungen erfüllt] <i>ODER</i> [Frist ist noch nicht abgelaufen]	Einfachantwort Filterfrage: Wenn „Nein“ oder „Frist ist noch nicht abgelaufen“, weiter mit B) 3.1.5.1
B) 3.1.5.1	Wenn „nein“ oder „Frist ist noch nicht abgelaufen“: Wird er die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 der Anlage 2 der	Bitte wählen Sie eine Antwort aus: [Ja] <i>ODER</i> [Nein]	Einfachantwort Filterfrage: Wenn „Nein“, weiter mit B) 3.1.5.2

	QFR-RL voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2022 erfüllen? Für den Berichtstermin Frühjahr 2023 bitte an dieser Stelle angeben: Hat der Standort mit Perinatalzentrum alle Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Nummer I.2.2 oder Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL bis zum 31. Dezember 2022 erfüllt?		
B) 3.1.5.2	Wenn nein: Bitte geben Sie die Gründe an, weshalb der Standort mit Perinatalzentrum die Anforderungen bis zum 31. Dezember 2022 voraussichtlich nicht erfüllen wird (bzw. zum Berichtstermin 2023: nicht erfüllt hat).	<i>Freitextangabe</i>	Freitextangabe
B) 3.2	Hier können Sie Erläuterungen zu Ihren obigen Angaben machen:	<i>Freitextangabe</i>	Freitextangabe