

Abbau überbordender Bürokratie - Ein Positionspapier aus der Praxis mit Blick auf Qualitätssicherungs-Richtli- nien des Gemeinsamen Bundesaus- schusses (G-BA)

Stand: 19.12.2024/ aktualisiert 04.06.2025

© GQMG/AG Kennzahlen und externe Qualitätsvergleiche

Autoren:

Monika Brinkschulte

Burkhard Fischer

Sascha Katharina Künzel

Catherine Pott

Malte Raetzell

Sabine Rath

Sebastian Sassen

Inhalt

1	Einleitung /Präambel	2
2	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL.....	3
2.1	Worum geht es?.....	3
2.2	Was fällt auf?	3
2.3	Was kann man besser machen?.....	4
3	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – QS-RL Liposuktion	4
3.1	Worum geht es?.....	4
3.2	Was fällt auf?	4
3.3	Was kann man besser machen?.....	5
4	Implantateregister.....	5
4.1	Worum geht es?.....	5
4.2	Was fällt auf?	5
4.3	Was kann man besser machen?.....	6
5	Fazit/Botschaft	7
6	Quellen	8
7	Abkürzungsverzeichnis	9
	Anschrift für die Verfasser	9

1 Einleitung /Präambel

Als Fachgesellschaft für das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung haben wir das Ziel, die Versorgungsqualität in den Gesundheitseinrichtungen mitzugestalten und zu verbessern.

Aus diesem Grund begrüßen wir Rahmenbedingungen und Maßnahmen der Gesundheitspolitik mit dem Ansinnen, die Qualität der Patientenversorgung zu fördern und durch Vorgaben zu vereinheitlichen oder zu steuern.

Dieses Positionspapier richtet sich an die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sowie alle interessierten Personen in der Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement.

Wichtig ist für uns, dass der Dokumentationsaufwand angemessen ist und die verschiedenen Qualitätsvorgaben und -kontrollen, ob sie nun neu sind oder bereits bestehen, aufeinander abgestimmt sind sowie Redundanzen vermieden werden. Die weitere Ausgestaltung der Vorgaben durch die benannten Prüforganisationen selbst (z.B. Medizinischer Dienst Bund) führt häufig zu einer weiteren Steigerung des Bürokratieaufwandes.

Auch in der siebten Stellungnahme der Regierungskommission zur Krankenhausreform (1) mit dem Schwerpunkt Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements wurden Hinweise zum Bürokratieabbau gegeben. Laut DKG-Studie (2) und weiteren Veröffentlichungen (z.B. Marburger Bund (3)) arbeitet eine Vollkraft (VK) im Krankenhaus pro Tag 3 Stunden für die Dokumentation, d.h. jede dritte Pflegekraft arbeitet für die Bürokratie: Zeit, die am Patienten fehlt, dessen Sicherheit gefährdet und zu unzufriedenen Mitarbeitern führt. Stellungnahmen weiterer Verbände und der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen fordern deutlich einen Bürokratieabbau und die Reduzierung des Dokumentationsaufwandes (z.B. Positionspapier der DKG zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe (4)).

Nachfolgend wird anhand von drei Richtlinien zur Qualitätssicherung des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) exemplarisch dargestellt, welcher Dokumentationsaufwand sich aufgrund fehlender Abstimmung, Lücken oder noch nicht geklärter Strukturen ergibt. Dazu werden jeweils konkrete Hinweise und Maßnahmen zur Verbesserung aufgezeigt.

Abschließend werden übergreifend allgemeingültige Maßnahmen zum Bürokratieabbau und zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes aufgelistet.

2 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR- RL

2.1 Worum geht es?

Die QFR-Richtlinie definiert ein Stufenkonzept der geburtshilflich-perinatologischen Versorgung in Krankenhäusern. Sie regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen und Zuweisungskriterien von Schwangeren nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes (aus QFR-RL Stand 26.07.2024, § 1).

Das detaillierte Nachweiskonzept der Mindestanforderungen in Koppelung mit den kontinuierlich zu überwachenden und sicherzustellenden Kriterien/Anforderungen sowie die zukünftig geplanten elektronischen Meldungen an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen über Zeiten der Nicht- und Wiedererfüllung mit zusätzlicher elektronischer Lieferung an das IQTIG werden die bürokratischen Aufgaben (erneut) ansteigen lassen. Dies geht zu Lasten der Ressourcen, die gerade in diesem Versorgungsbereich auf die intensive Betreuung der Neugeborenen inklusive ihrer Angehörigen benötigt werden.

Parallel zu dieser Richtlinie kommen weitere Regularien zur Anwendung:

- Das Qualitätssicherungsverfahren Perinatalmedizin (13/QS PM) mit den Anteilen Neonatologie und Geburtshilfe ist abzudecken und zu synchronisieren und zusätzliche statistische Kennzahlen in das QS-Verfahren NICU (Versorgung sehr kleiner Frühgeborener) zu überführen.
- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen sind einzuhalten, hier insbesondere in Bezug auf die Neonatologie.
- Bei der Personalbedarfsbemessung nach PPR 2.0 sind spezielle Vorgaben für Kinderintensivbereiche und Neonatologie zu beachten und können aktuell noch nicht flächendeckend IT-gestützt erhoben werden (u. a. aufgrund unklarer Nutzungsrechte von INPULS® bei Integration in bestehende Systeme).

Um up to date zu bleiben, muss eine Vielzahl von Gesetztexten, untergesetzliche Regelungen, tragenden Gründen (Gesetzes- und Richtlinienbegründungen), Ausführungshinweisen u. a. kontinuierlich analysiert, auf ihre Relevanz im klinischen Alltag und auf die Prozesse hin geprüft sowie auf Querbezüge zu weiteren normativen und prüfungsrelevanten Tatbeständen des Medizinischen Dienstes (MD) hin bewertet werden. Aus unterschiedlichsten Dimensionen sind dabei die Konsequenzen für Vergütungsbelange zu ermitteln um Vergütungsabschläge zu verhindern.

2.2 Was fällt auf?

Die gesetzlichen Regelungen und Normierungen folgen jeweils einzeln betrachtet nachvollziehbaren und zielgerichteten Qualitätsansprüchen. Gleichwohl ist festzuhalten, dass die Menge und die Interdependenz zwischen diesen Regelungen und Richtlinien eine kaum mehr abzubildende Ressourcenbindung abseits der Patientenversorgung bedingt. Die Folgen daraus in der alltäglichen Praxis sind:

- Erhöhter täglicher Dokumentationsaufwand unterschiedlicher beteiligter Akteure (z. B. Kodierabteilung, Personalcontrolling, Pflegecontrolling)
- Tagesaktuelle Dokumentation der Personalbesetzung – bei Nichterfüllung einzelner Tage erfolgt eine anteilige Kürzung der Vergütung, sofern keine Teilnahme am klärenden Dialog und Meldungen an die jeweiligen Landesverbände der Kostenträger in jedem Einzelfall erfolgen
- Die auf Grund der Regularien notwendigen Dokumentationen müssen in unterschiedlichen Softwaretools (wie Dienstplanprogramm, QS-Software, Neonatologie-/Geburtshilfe-Programm) und/oder auch zusätzlich über krankenhausindividuelle Formulare erfasst werden. Anpassungen der Schnittstellen zwischen den einzelnen Softwareprogrammen, falls es diese gibt, sind auf Grund der häufigen (auch unterjährigen) Änderungen der Regularien zeit- und kostenintensiv.
- Fehlende Schnittstellen zwischen den einzelnen Softwareprogrammen führen u. a. zu redundanten Datenerfassungen, Mehrfachaufwand und dem Risiko einer möglichen Inkonsistenz der Daten.
- Hoher Informations- und Schulungsaufwand der beteiligten Mitarbeiter

- Management der Nachweisdokumentationen im Falle von MD-Prüfungen

2.3 Was kann man besser machen?

Es gilt, die Qualität zu fördern und nicht zu verwalten. Denn die positiven Ziele der Patientensicherheit, der Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität und desgleichen der Mitarbeitersicherheit dürfen der bürokratischen Ressourcenbindung nicht untergeordnet werden.

Neben der zeitlichen Bindung über Dokumentationsanforderungen ist der Wirkungsgrad einem Realitätscheck zu unterziehen. Ein sachgerechtes Ausbalancieren zwischen Qualitätsansprüchen und realisierbarer Personalverfügbarkeit ist und bleibt ein unverzichtbares Credo. Übergangsregelungen sind kontinuierlich einzuplanen.

Handlungsleitend sollten bei der Konzeption und Ausgestaltung von Regelungen und Richtlinien die Querbezüge zu bestehenden Vorgaben aus unterschiedlichen Quellen geprüft und im Sinne einer Entbürokratisierung und Synchronisierung abgeglichen werden. Dies kann beispielsweise für folgende Regelungskontexte angewendet werden: QFR-RL, PPUG, gestuftes System der Notfallstrukturen PPR 2.0, Zusatzlieferungen NICU im Rahmen QFR-RL und DeQS-RL.

3 Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – QS-RL Liposuktion

3.1 Worum geht es?

Die QS-Richtlinie Liposuktion hat das Ziel, die qualitativ hochwertige Versorgung und Sicherheit der Patienten mit Lipödem Stadium III bei chirurgischer Fettabsaugung sicherzustellen.

In der Richtlinie werden u.a. Anforderungen an die Erfahrung des fachärztlichen Operateurs gestellt, die sich auf

das Erbringen der OP-Leistung Liposuktion an den Extremitäten beziehen. Die Leistung ist somit an die OPS-Ziffern 5-911.17, 5-911.18, 5-911.1e und 5-911.1f gebunden.

Die Erfahrung kann gemäß der Richtlinie über zwei Voraussetzungen nachgewiesen werden:

1. Es wurden mehr als 50 selbständige Operationen als Facharzt vor dem 07.12.2019 durchgeführt
oder
2. Es wurden vor Neuanwendung gemäß dieser Richtlinie mindestens 20 Operationen unter Anleitung eines erfahrenen Anwenders mit Erfahrung nach Punkt 1 innerhalb von zwei Jahren durchgeführt

3.2 Was fällt auf?

Der Nachweis der Erfahrung erfordert eine detaillierte Abfrage von OP-Vorgängen nach OP-Datum, OPS-Ziffer, Name und Funktion (1. Operateur oder Assistent) der beteiligten Operateure.

Dabei tauchen folgende Schwierigkeiten auf:

- Vor Inkrafttreten der Richtlinie haben Fachärzte bereits eigenständig die Operationen durchgeführt, kommen aber nicht immer auf die geforderten 50 Operationen (Voraussetzung 1 nicht gegeben). Sie erfüllen zwar mindestens die 20 Operationen, aber da sie diese bereits vor dem Stichtag eigenständig als leitender Operateur durchgeführt haben, fehlen für die Voraussetzung 2 die 20 OP unter einem erfahrenen Anleiter. Sie müssten somit als bereits erfahrene und teils leitende Fachärzte (z. B. Oberarzt) wieder angeleitet werden, um formal die Anforderung zu erfüllen. Dadurch fehlen Ressourcen für die Anleitung der Ärzte in der Facharztausbildung (s. dazu auch Punkt Weiterbildungsordnung/WBO).
- Die Erstellung der notwendigen Abfragen ist komplex und teilweise mangels Datawarehouse oder anderen Voraussetzungen nicht in einer Auswertung verfügbar. Der Zeitaufwand zum Abgleich mehrerer paralleler Auswertungen steigt.
- Es müssen für jeden Operateur unterschiedliche Bedingungen geprüft werden: war er erster Operateur und hat somit die OP selbständig

durchgeführt? War er 2. Operateur oder erster Assistent und war zu der OP ein erfahrener Anwender anwesend?

- Die Abfrage kann nur für das eigene Haus erfolgen. Bedingt durch Stellenwechsel und Assistenzzeiten in anderen Häusern fehlen somit evtl. Erfahrungszeiträume. Aufgrund von Datenschutzbestimmungen ist kein Austausch von OP-Daten mit anderen Häusern möglich.
- Für Erfahrungsnachweise unter Punkt 1 müssen große Zeiträume ausgewertet werden (aus Erfahrung: bis 15 Jahre zurück).
- Weder Verbände der Selbstverwaltung noch die Prüfinstanzen konnten nach Inkrafttreten der Richtlinie auf Nachfrage eine verbindliche Angabe zu Art, Form und Umfang der Nachweiserbringung machen.
- Diskrepanz zwischen Anforderungen in der Richtlinie und den Weiterbildungsordnungen (WBO) für die ästhetische, plastische und rekonstruktive Chirurgie: Diese Kataloge/Logbücher werden mittlerweile kompetenzorientiert aufgebaut, fassen Eingriffe zusammen und enthalten keine OPS-Ziffern. Sie unterscheiden sich zudem inhaltlich zwischen den jeweils zuständigen Landesärztekammern (LÄK) bzgl. der Aufteilung und der Richtzahlen. Diese sieht z. B. in NRW 5 Oberarm- und Oberschenkelstraffungen vor, in Niedersachsen sind 50 Eingriffe unter dem Sammelbegriff „ästhetische Eingriffe wie Aspirationslipektomien und Abdominoplastiken“ gefordert.
- Bei der konkreten Prüfung vor Ort wurden OP-Berichte als Nachweis gefordert. Diese können aber auch nur für das eigene Haus generiert werden, da nur darauf Zugriff besteht. Ärzte, die aus diesem Grund z.B. OP-Berichte von ehemaligen Arbeitgebern vorlegen möchten, würden gegen Datenschutzbestimmungen verstoßen.

3.3 Was kann man besser machen?

- Regelungen, welche die Qualifikation oder wie hier die Durchführung einer konkreten OPS-Leistung mit Mindestanzahl und OP-Anleitung betreffen, die rückwirkend gelten, erfordern Übergangsbestimmungen. Eine Stichtagsregelung wird der komplexen Praxis nicht gerecht.

- Die Art der Nachweisführung sollte durch die Richtlinie bereits vorgegeben werden und praktikabel, wenig aufwendig sowie rechtssicher sein.
- Eine Orientierung und Abstimmung mit den Empfehlungen der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) ist sinnvoll. Dazu sind Abstimmungen mit der Bundesärztekammer erforderlich.

4 Implantateregister

4.1 Worum geht es?

Das neue Implantateregister ist inzwischen offiziell gestartet. Es verfolgt das Ziel, mehr Transparenz zu schaffen und die Sicherheit und Qualität bei Implantationen zu erhöhen. Bei dem Start des Regelbetriebs zeigten sich bedauerlicherweise einige Schwierigkeiten und zahlreiche Herausforderungen sind noch immer ungelöst, die zu adressieren sind, um das Potenzial des Registers auszuschöpfen.

4.2 Was fällt auf?

Vergütung

- Während mittlerweile eine Vergütungsvereinbarung getroffen wurde, kam diese erst nach dem offiziellen Start des Registers zustande. Dies hat dazu geführt, dass sich viele Krankenhäuser nicht optimal auf die neuen Anforderungen vorbereiten konnten z. B. bei der Beschaffung notwendiger Softwarelösungen.
- Bedauerlich ist, dass die hohen Investitionen in die notwendige Informationstechnik, auch nach dem Schiedsverfahren, nicht adäquat berücksichtigt werden, wodurch das Konnexitätsprinzip aus unserer Sicht verletzt wird.

Meldefristen und Sanktionen

Auch der Umgang mit Meldefristen und Sanktionen zeigt Optimierungspotenzial und deutet daraufhin, dass das Verfahren trotz frühzeitig geäußerten Bedenken zu früh gestartet wurde. Während das IRegG ursprünglich vorsah, dass bei Überschreitung der Meldefrist der Vergütungsanspruch der Gesundheitseinrichtung gegenüber der Krankenkasse vollständig entfällt, wurde diese Regelung kurz nach Verfahrensbeginn dahingehend geändert, dass lediglich eine pauschale Sanktion in Höhe von 100 € vorgesehen ist. Diese plötzliche Änderung schwächt den

Sanktionsmechanismus und gefährdet die qualitätssichernde Wirkung des Registers.

Operativer Betrieb

Bei dem Versand bzw. dem Empfang der Meldebestätigung und dem Meldeportal IRMA kam es beim Start regelmäßig zu Problemen, die aus dem Verzicht auf eine Testphase resultieren, die von der DKG mehrfach gefordert wurde, aber aus Zeitgründen nicht realisiert werden konnte.

Dokumentationsumfang

- Viele Krankenhäuser sind mit der Herausforderung konfrontiert, aufgrund der freiwilligen Teilnahme am Endoprothesenregister (EPRD) als QS-Verfahren in z.B. zertifizierten EndoProthetikZentren (EPZ) und dem gesetzlich verpflichtenden Implantateregister (IRD) in der Endoprothetik doppelt dokumentieren zu müssen. Dies führt zu einem erheblichen zusätzlichen personellen Aufwand.
- Darüber hinaus führt die Erweiterung der Datenabfrage durch die Änderung der Implantateregister Betriebsverordnung (IRegBV) zu einem zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Hier wäre eine Harmonisierung der Prozesse sinnvoll, insbesondere da viele der geforderten Daten bereits durch bestehende QS-Verfahren vorliegen z. B. Vorbefunde oder Komplikationen.

4.3 Was kann man besser machen?

Vergütung

- Es muss sichergestellt werden, dass die notwendigen personellen und technischen Ressourcen bereitgestellt werden. Investitionen in die Digitalisierung und IT-Infrastruktur müssen ausreichend gefördert werden, damit die Krankenhäuser in der Lage sind, die hohen Anforderungen des Registers zu erfüllen, und nicht dazu gezwungen werden, noch mehr Dokumentationsarbeit zu leisten, um Kosten für die Beschaffung von Hard- und Softwarelösungen zu vermeiden. Hierzu bedarf es klarer und langfristiger Finanzierungsmodelle, die nicht nur kurzfristig durch einen Zuschlag gedeckt sind, sondern den kontinuierlichen Betrieb sicherstellen.

- Da die Vergütungsvereinbarung am 31.12.2026 endet und sich gezeigt hat, dass die Verhandlungen komplex und langwierig sein können, ist es notwendig, frühzeitig mit den Verhandlungen für eine Anschlussvereinbarung zu beginnen, um mehr Planungssicherheit für alle Beteiligten zu gewährleisten.

Meldefristen und Sanktionen

Meldefristen und Sanktionen sollten mit ausreichendem Vorlauf geplant, festgelegt und an die Melder kommuniziert werden. Die Sanktionen sollten so ausgestaltet sein, dass sie eine realistische (spürbare) Wirkung entfalten, zugleich jedoch verhältnismäßig bleiben und die Melder nicht übermäßig belasten.

Operativer Betrieb

Ein flächendeckendes Rollout sollte bei vergleichbaren Einführungen neuer Verfahren in Zukunft erst erfolgen, wenn eine umfassende Testphase mit einer repräsentativen Gruppe von Referenzkrankenhäusern abgeschlossen wurde. Diese Einrichtungen sollten gezielt ausgewählt und mit entsprechenden Vergütungen unterstützt werden, um ihre Erfahrungen und Rückmeldungen nutzen zu können.

Dokumentationsumfang

Im Vorfeld sollten zukünftig noch umfangreichere Prüfungen erfolgen, welche Daten erhoben werden müssen, welche Daten eventuell bereits vorliegen und wie diese Daten nutzbar gemacht werden können. Wie bereits in Kapitel 1.3 beschrieben, ist die Beachtung von Querbezügen und bereits bestehenden normativen Vorgaben zwingend notwendig, um Doppeldokumentationen und Überlastung des Personals zu verhindern.

5 Fazit/Botschaft

Anhand der ausgewählten Beispiele wird deutlich, dass es ausreichend Potential zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes gibt. Ein Teil dieses Aufwandes unterstützt nicht das Ziel, die Qualität am Patienten zu sichern und zu fördern, sondern dient dazu, für Dritte Informationen zu generieren, obwohl diese teilweise schon vorliegen oder anderweitig abrufbar wären.

Die Beauftragung zur Verfahrensprüfung bei den DeQS-Verfahren durch den G-BA mit dem Ziel der Reduzierung des Dokumentationsaufwandes ist ein erster Schritt von in die richtige Richtung gewesen.

Als weitere Maßnahmen schlagen wir vor:

- Zukünftig Erprobung aller neuen DeQS-Verfahren, wie es bereits beim Verfahren Ambulante Psychotherapie in NRW als Testregion erfolgt. Ein längerer Erprobungszeitraum sollte stets vorgesehen werden, damit ein praktikabler Umgang sichergestellt werden kann und die Datengrundlage unkritisch ist.
- Jede QM-/QS-Richtlinie wird vor Beschlussfassung inhaltlich geprüft, ob es Überschneidungen oder Widersprüche zu bereits bestehenden Vorgaben/Richtlinien des G-BA gibt (z. B. unterschiedliche Personalabfragen bzgl. Qualifikationen in den QS-Richtlinien wie QFR-RL und den Regelungen zum Qualitätsbericht).
- Geplante Dokumentations- und Nachweispflichten sind auf den Prüfstand zu stellen.
- Es werden Übergangsbestimmungen formuliert bei Vorgaben zur Qualifikation (z. B. QFR) oder OP-Erfahrung (z. B. RL Liposuktion).
- Anforderungen und Art der personenbezogenen Nachweiserbringung (Qualifikation, OP-Mengen, Dienstpläne) werden bereits in der Richtlinie datenschutzkonform festgelegt.
- Vorhandene Daten stärker nutzen und auf neue verzichten, ggf. reduzieren oder zusammenführen, z.B. Qualitätsbericht vs. TransparenzAtlas.

Beide verfolgen das gleiche Ziel der Patienteninfo/–transparenz – ein Instrument genügt – aber auch der Qualitätsbericht enthält Daten, die regulär bereits in anderen Verfahren gemeldet werden müssen (z. B. PpUGV, Mindestmengen).

- Die Folgen von Struktur- und Prozessanforderungen sind auf realistische Umsetzung zu prüfen (z. B. in Bezug auf Personalmarkt, unzureichendes Angebot an Weiterbildungskursen, Verlegungsnotwendigkeit von Patienten).
- Auf die Vereinheitlichung und Reduzierung von Lieferfristen, Datenannahmestellen, Meldestellen (z. B. Mindestmengen und Nichterfüllungsmeldungen an sechs Landesverbände) ist zu achten.
- Zu berücksichtigen ist, dass ein erheblicher Schulungs- und Aufklärungsbedarf bei den Leistungserbringern bestehen kann und der Aufwand zunimmt, bis entsprechende Strukturen etabliert sind. Bei Verfahren, die durch das IQTIG betreut werden, sollte zukünftig von Seiten des IQTIG Schulungsmaterial zur Verfügung gestellt werden.

Ergänzend sind folgende übergreifende Kernpunkte ein wichtiges Anliegen:

- ❶ Bei den Maßnahmen zur Qualitätssicherung muss die Patientenversorgung im Mittelpunkt stehen. Die Beschäftigten in der Patientenversorgung sollten zeitlich so wenig wie nötig mit dokumentations- und meldepflichtigen Vorgaben gebunden sein.
- ❷ Das angekündigte Gesetz zur Entbürokratisierung ist so schnell wie möglich auf den Weg zu bringen und bei den Regelungsgebern umzusetzen.
- ❸ Die Digitalisierung und die dafür notwendigen Strukturen sind voranzutreiben.
- ❹ Die Finanzierung von Vorgaben ist zu regeln und zu sichern, bevor die Leistungserbringer tätig werden müssen.
- ❺ Alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen beim Thema „Qualitätssicherung in der Patientenversorgung“ sektorenübergreifend berücksichtigt werden wie z.B. Notdienst, Rettungsdienst, niedergelassene Praxen und Pflegeheime. Die qualitätssichernde Überwachung von einzelnen sektorenspezifischen Versorgungsformen bringt effektiv wenig. Alle Regelungen der einzelnen Akteure müssen sektorenübergreifend aufeinander abgestimmt werden.

(3) MB-Monitor 2022: **Zu wenig Personal, zu viel Bürokratie, unzulängliche Digitalisierung** | Marburger Bund Bundesverband: <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie>

(4) DKG 2025: **Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe**. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/deutsche-krankengesellschaft-legt-umfassende-vorschlaege-zur-staerkung-des-pflegeberufs-vor/>

(5) Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/>
Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx-RL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/118/>

Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – QS-RL Liposuktion: <https://www.g-ba.de/richtlinien/112/>

Implantateregistergesetz (IRegG) vom 1. Januar 2020: <https://www.gesetze-im-internet.de/iregg/BJNR249410019.html>

Ergänzend die **Implantateregister-Betriebsverordnung (IRegBV)** vom 01.10.2021/ Erste (2022) und Zweite Verordnung (2024): <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/implantateregister-betriebsverordnung-iregbv.html>

Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV) vom 20. Dezember 2023 mit nachfolgenden Änderungen / Ergänzungen: <https://www.gesetze-im-internet.de/ireggebv/BJNR1720B0023.html>

6 Quellen

(1) **Siebente Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission** für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements(QS, QM und kRM)
Mehr Qualität – weniger Bürokratie
Stand: 23.10.2023

(2) DKG: **Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten**. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Abbau von Überbürokratisierung: <https://www.dkgev.de/dkg/positionen/>

7 Abkürzungsverzeichnis

Kürzel	Bezeichnung
DeQS – RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
EPRD	Endoprothesenregister Deutschland
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in Gesundheitsversorgung e.V.
QTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IRegBV	Implantateregister-Betriebsverordnung
IRD	Registerstelle des Implantateregisters Deutschlands
MD	Medizinischer Dienst
NICU	Neugeborenen-Intensivstation (Neonatal Intensive Care Unit)
QS-NICU	Qualitätssicherungsverfahren auf der neonatologischen Intensivstation; Qualitätsmanagementverfahren mit Konzentration auf die Versorgung von Frühgeborenen auf der Intensivstation
PPR 2.0	Pflegepersonalregelung 2.0 ist ein Instrument zur Berechnung des Pflegepersonalbedarfs für Erwachsene im Krankenhaus
PpUGV	Verordnung zur Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus
QS-Software	Software für Qualitätssicherungsverfahren
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
OPS-Ziffern	Operationen- und Prozedurenschlüssel zur Kodierung der Leistungen
VK	Vollkraft „Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der jeweils auf die genormte Wochenarbeitszeit umgerechneten Teilzeitkräfte, der entsprechend umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller Arbeitszeit eingesetzt waren“ (https://www.g-drg.de/datenlieferung-gem.-21-khentgg/datenlieferung-gem.-21-abs.1-khentgg/faq)

Anschrift für die Verfasser

Sprecherinnen der AG Kennzahlen und externe Qualitätsvergleiche

Catherine Pott Sascha Katharina Künzel
Catherine.pott@gqmg.de s.k.kuenzel@gqmg.de

Wir gestalten Qualität für Patientinnen, vernetzen Gesundheitsberufe, verbessern Prozesse

Die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) ist ein Netzwerk für alle Menschen, die an der Qualität in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung arbeiten.

- **Wir gestalten Qualitätskultur mit Blick auf Patienten, Mitarbeiterinnen und Wirtschaftlichkeit.** Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung basiert auf Werten und einer Unternehmenskultur, die von den Führungskräften einer Einrichtung getragen werden. Wir fördern ein am Wohl des Patienten orientiertes, umfassendes Qualitätsverständnis, das alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen berücksichtigt.
- **Wir führen einen wissenschaftlichen Diskurs zu Qualität und Patientensicherheit und beziehen Stellung.** Dazu schaffen und bündeln wir Wissen und teilen dieses innerhalb und außerhalb der Fachkreise. Als Fachgesellschaft beziehen wir auf dieser Basis Stellung zu aktuellen Entwicklungen rund um Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Wir spannen dabei den Bogen vom einzelnen Akteur bis hin zu Meinungsbildnern und politischen Entscheidungsträgern.
- **Wir vernetzen die Akteure des Qualitäts- und Risikomanagements, geben ihnen Anregung und praktische Unterstützung.** Wir bieten Austausch zwischen Erfahrenen und Neulingen und Hilfestellung bei Alltagsproblemen. Wir setzen Impulse für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung. Wir entwickeln und verbreiten validierte Instrumente und geben Hinweise für alle medizinischen Berufsgruppen wie auch für Patienten.

Die GQMG besteht seit 1993, seit 2002 ist sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie kooperiert mit den Fachgesellschaften sQmH in der Schweiz und ASQS in Österreich. www.gqmg.de