

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL: Änderung der Anlagen 3, 6 und 7

Vom 17. Oktober 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Zu den Änderungen in Anlage 3 QFR-RL.....	2
2.2	Zu den Änderungen in Anlage 6 QFR-RL.....	5
2.3	Zu den Änderungen in Anlage 7 QFR-RL.....	6
3.	Bürokratiekostenermittlung	6
4.	Verfahrensablauf	6
5.	Fazit	6
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	6

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene /QFR-RL) wurde am 20. Juni 2013 als Änderung der bereits bestehenden „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ auf der Grundlage von § 137 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (a.F.) beschlossen. Die Richtlinie bestimmt insbesondere durch die Fortführung des bereits bestehenden Stufenkonzeptes der Versorgung die risikobezogene Notwendigkeit vorzuhaltender Struktur- und Prozessmerkmale und legt Anforderungen an deren Qualität fest.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die vorliegenden Änderungen stellen Aktualisierungen der Richtlinie dar, die insbesondere im Zusammenhang mit ersten Erkenntnissen aus den klärenden Dialogen und der Strukturabfrage gewonnen wurden und vollzieht die Richtlinienänderungen, die am 19. September 2019 beschlossen wurden, in den Anlagen 3, 6 und 7 QFR-RL nach.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

2.1 Zu den Änderungen in Anlage 3 QFR-RL

Die Checkliste ist durchgehend an die Struktur und Inhalte der Anlage 2 der QFR-RL angepasst. Danach sind die in der Anlage 2 am 19. September 2019 beschlossenen Änderungen in die Anlage 3 entsprechend übertragen worden. Der Grad der Verbindlichkeit der Merkmale ist den jeweiligen Formulierungen der Anlage 2 zu entnehmen.

Zur Änderung von Anlage 3 QFR-RL:

Die Aufnahme der Nummern I.2.2.2, I.2.2.3, II.2.2.2 und II.2.2.3 überträgt die Regelung des Absatzes 1 I.2.2 und II.2.2 Anlage 2 QFR-RL.

Die Regelung erweitert den Pflegedienst um die Möglichkeit, neben Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen stichtagsbezogen maximal 15 % Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit besonders spezialisierter Erfahrung in der neonatologischen Versorgung einsetzen zu können. Als Voraussetzung wird normiert, dass die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowohl eine Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder nach einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben müssen, als auch zusätzlich mehrere Jahre Berufserfahrung nachweisen können. Die Regelung ist analog zu der bereits geltenden Regelung I.2.2 bzw. II.2.2 Abs. 2 Satz 4 der Anlage 2 QFR-RL durch einen Stichtagsbezug zeitlich begrenzt, um zu verhindern, dass das hier angewendete Substitut „Berufserfahrung“ durch zukünftige Anwesenheit erlangt werden kann und der Ausbildungsförderung von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen entgegenstehen könnte. Diese übergangsweise Anrechenbarkeit von besonders erfahrenen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen unterstützt die Perinatalzentren dabei, dass die adäquate pflegerische Versorgung von Frühgeborenen durch qualifiziertes Personal in der Richtlinie abgebildet werden kann. Dabei stellt die Erweiterung des Pflegedienstes keine Herabstufung des Qualifikationsanspruchs an das Personal dar, da die Regelung nur das Personal berücksichtigt, das aufgrund seiner Berufserfahrung sowie einer Fachweiterbildung über besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in diesem spezialisierten Bereich verfügt.

Die Änderungen in den Nummern I.2.2.4, I.2.2.6, I.2.2.8, I.2.2.9 und II.2.2.4, II.2.2.6, II.2.2.8, II.2.2.9 erfolgen vor dem Hintergrund der Regelungen in Absatzes 2 I.2.2 und II.2.2 Anlage 2 QFR-RL zur Beibehaltung einer gemeinsamen pflegerischen Weiterbildung für die Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege:

Anästhesie und Intensivmedizin sind sowohl medizinisch als auch pflegerisch eng verwoben. Diese Verknüpfung zeigt sich in der Praxis beispielsweise, wenn die bei großen operativen Eingriffen im OP begonnene anästhesiologische Versorgung – und auch die Narkose selbst – oftmals nahtlos auf der Intensivstation weitergeführt werden muss bzw. die Narkose erst dort langsam ausgeleitet werden kann. Ein unmittelbarer fließender Übergang des Patienten vom einen in den anderen Bereich, also vom OP auf die Intensivstation und umgekehrt, ist in der gesamten operativen Medizin die Regel. Grundlegende und permanent notwendige Maßnahmen sind in der Anästhesie- und in der Intensivpflege identisch oder sie unterscheiden sich nur in Nuancen.

Die Weiterbildung in der Kinderkrankenpflege nach den etablierten Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) fasst seit jeher die beiden Bereiche Anästhesiepflege und Pädiatrische Intensivpflege zusammen. Auch wenn der Weiterbildungstitel „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ rein sprachlich den Eindruck erwecken kann, dass es sich um zwei fachlich eigenständige aber kombinierte Weiterbildungen handelt, so ist dies nicht korrekt. Die theoretischen Weiterbildungsinhalte beider Funktionsbereiche sowie die jeweils gesammelten praktischen Erfahrungen sind gleichermaßen für die Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege erforderlich. Dabei bietet sich gerade in der Anästhesie die Möglichkeit, Routinemaßnahmen in hoher Frequenz praktisch zu erleben und zu erlernen, die in der Intensivmedizin eher selten oder nur in Notfallsituationen zur Anwendung kommen, wie beispielsweise die Beatmung und Atemwegssicherung mit alternativen Hilfsmitteln. Nur die Absolvierung beider Weiterbildungsbereiche bildet damit die Basis für die professionelle präoperative, postoperative und kinderintensivpflegerische, neonatologische Versorgung einschließlich der reibungslosen Weiterversorgung von Patienten über die Schnittstelle Anästhesiologie/OP – Intensivbereich hinweg. Sie garantiert damit eine hohe pflegfachliche Expertise und Handlungskompetenz und steigert somit die Patientensicherheit und Versorgungsqualität. Eine Kürzung bei vermeintlich spezifischen theoretischen Inhalten oder bei den entsprechenden praktischen Einsatzzeiten entweder in der Pädiatrischen Intensivpflege oder Anästhesiepflege würde zu Defiziten bei elementaren Kenntnissen und Fertigkeiten führen sowie einer umfassenden praktischen Expertise und Kompetenz entgegenstehen, die aber für beide Bereiche gleichermaßen relevant und unabdingbar erforderlich ist.

Die Kombination von Pädiatrischer Intensiv- und Anästhesiepflege sowie der zeitliche Umfang gemäß der DKG-Empfehlung, sind deshalb in der pflegerischen Weiterbildung wie bisher zwingend beizubehalten.

Die Änderungen in den Nummern I.2.2.5, I.2.2.7, I.2.2.9, und II.2.2.5, II.2.2.7, II.2.2.9 erfolgen vor dem Hintergrund der Regelungen in Absatzes 2 I.2.2 und II.2.2 Anlage 2 QFR-RL:

Die Erweiterung der Anrechenbarkeit von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen im neuen Satz 3 des Absatzes 2 I.2.2 und II.2.2 Anlage 2 QFR-RL, welche sich noch in einer Fachweiterbildung befinden, hälftig mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals des Pflegedienstes des Perinatalzentrums, in dem sie auch tatsächlich tätig ist, bietet die Möglichkeit, insgesamt den Anreiz zur Fachweiterbildung zu steigern. Darüber hinaus rechtfertigen die während der Weiterbildung bereits erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, welche sich noch in einer Fachweiterbildung befinden, hälftig bei der Quote des fachweitergebildeten Personals zu berücksichtigen.

Die Änderungen in den Nummern I.2.2.13, I.2.2.14, und II.2.2.13, II.2.2.14 erfolgen vor dem Hintergrund der Übergangsregelung in § 13 QFR-RL:

Diese Übergangsregelung ersetzt die bisherige 95%-Erfüllungsquote. Ab dem 1. Januar 2024 müssen die Mindestvorgaben gemäß Anlage 2 Nummer I.2.2 Abs. 5 und 6 bzw. Nummer II.2.2 Abs. 5 und 6 der Richtlinie jederzeit zu 100 Prozent erfüllt werden. Im Jahr 2020, 2021 und 2022 müssen jeweils die jahresbezogenen Mindestvorgaben gemäß Anlage 2 Nummer I.2.2 Abs. 5 und 6 bzw. Nummer II.2.2 Abs. 5 und 6 der Richtlinie in mindestens 90 Prozent der Schichten mit intensivtherapiepflichtigen bzw. intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500g erfüllt werden. Im Jahr 2023 müssen die jahresbezogenen Mindestvorgaben gemäß Anlage 2 Nummer I.2.2 Abs. 5 und 6 bzw. Nummer II.2.2 Abs. 5 und 6 der Richtlinie in mindestens 95 Prozent der Schichten mit intensivtherapiepflichtigen bzw. intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500g erfüllt werden. Folglich sind die mit 90 Prozent bzw. 95 Prozent abgestuften Mindestvorgaben der Übergangsregelung jeweils bezogen auf das konkrete Jahr einzuhalten. Die notwendigen Berechnungen sind dabei kaufmännisch zu runden. Da sich in den klärenden Dialogen gezeigt hat, dass sich die Umsetzung der Mindestvorgaben, insbesondere der Pflegeschlüssel, auf einem guten Weg befindet, aber noch nicht ganz erreicht ist, wird durch die Übergangsregelung den Krankenhäusern erneut Zeit gegeben um geeignete Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben, insbesondere der Pflegeschlüssel, zu ergreifen. Es wird damit den berichteten Umsetzungsschwierigkeiten der Mindestvorgaben, insbesondere der Pflegeschlüssel, entsprechend Rechnung getragen und den Krankenhäusern auch außerhalb vom klärenden Dialog eine schrittweise Annäherung an eine jederzeitige Erfüllung der Mindestvorgaben ermöglicht.

Die Änderungen in den Nummern I.2.2.15, I.2.2.16, I.2.2.17 und II.2.2.15, II.2.2.16, II.2.2.17 erfolgen vor dem Hintergrund der Regelungen von Ausnahmetatbeständen in § 12 QFR-RL:

Die Normierung von Ausnahmetatbeständen für die Anforderung der Erfüllung der Personalschlüssel nach den Vorgaben der Anlage 2 Nummer I.2.2 und II.2.2 (dort jeweils Absatz 5 und 6) orientiert sich an der „Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung“ (PpUVG), wurde aber mit konkreten Kennzahlen verknüpft, umso die Grenzen der Ausnahmetatbestände klar zu definieren und in der Praxis auch umsetzbar auszugestalten. Notwendig ist insbesondere eine Definition, wann die krankheitsbedingten Personalausfälle über das übliche Maß hinausgehen. Das in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltende Personal definiert sich durch die in der Schicht zu versorgenden Kinder und die sich daraus ableitbaren notwendigen Pflege- und Planungsschlüssel. Es handelt sich hierbei nicht um die virtuelle Größe der Vollkräfte (VK), sondern um die real vorzuhaltenden Köpfe pro Schicht. Krankmeldungen sind zwar dem Grunde nach nicht planbar, aber bei der Aufstellung der Dienstpläne durch das Vorhalten entsprechender Personalreserven mit zu berücksichtigen. Ein Ausnahmetatbestand liegt dann vor, wenn mehr als 15 Prozent des in der jeweiligen Schicht vorzuhaltenden Personals kurzfristig und unvorhergesehen krankheitsbedingt ausfällt. Dabei sind hier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer Langzeitarbeitsunfähigkeit oder Beschäftigungsverbot nicht zu berücksichtigen. Der Begriff des unvorhergesehenen Zugangs ist allgemein formuliert um sowohl Zuweisungen als auch interne Geburten zu berücksichtigen. Mehr als zwei Frühgeborene ist organisatorisch eine plausible Grenze für das normale Niveau, da es sich um hochspezialisierte Zentren handelt, die sowohl mit dem Zugang eines Frühgeborenen, als auch mit der Situation von z.B. Zwillingsgeburten zurechtkommen müssen. Nachvollziehbar ist, dass insbesondere Mehrlingsgeburten von Drillingen oder mehr, wie auch vermehrte zeitgleiche Zuweisungen, an Kapazitätsgrenzen führen. Bei einem Zugang von drei oder mehr Frühgeborenen auf Station in einer Schicht ist somit von einem Ausnahmetatbestand auszugehen. Trotz des Vorliegens eines Ausnahmetatbestands müssen die Mindestvorgaben nach Anlage 2 Nummer I.2.2 und II.2.2 (dort jeweils Absatz 5 und 6) der Richtlinie unverzüglich, spätestens

jedoch zu Beginn der nach Ablauf von 48 Stunden beginnenden Schicht wieder erfüllt werden. Dabei beginnt die Frist von 48 Stunden mit dem Zeitpunkt der Nichterfüllung der Mindestvorgabe. Da die Richtlinie auf den Schichtbezug abstellt, wurde für eine praxisnahe Umsetzung auf die nach Ablauf der 48 Stunden beginnende Schicht abgestellt. Spätestens zu diesem Zeitpunkt muss somit die Mindestvorgabe wieder erfüllt sein. Damit beläuft sich rechnerisch die maximal denkbare Dauer der Inanspruchnahme eines Ausnahmetatbestandes auf bis zu 56 Stunden (Ereignis tritt unmittelbar zu Beginn der ersten Schicht auf + 48 Stunden + Restlaufzeit der entsprechenden Schicht bis zum Beginn der Folgeschicht = max. bis zu 56 Stunden).

Die Aufnahme der Nummern I.2.2.20 und II.2.2.20 erfolgen vor dem Hintergrund der Regelungen des Absatzes 12 Nummer I.2.2 und II.2.2 der Anlage 2 QFR-RL:

Die Qualifikation der Stationsleitung wurde vor dem Hintergrund des Urteils des BSG vom 19.04.2016 konkretisiert und ebenfalls auf die DKG-Empfehlung zur Leitung einer Station/ eines Bereiches Bezug genommen. Neben pflegerischen Weiterbildungen zur Stationsleitung wird zudem klargestellt, dass auch vergleichbare Hochschulqualifikationen (z.B. in Pflegemanagement) anerkannt werden können, sofern sie gleichwertig zu den landesrechtlichen Regelungen bzw. der DKG-Empfehlung für die Leitung einer Station /eines Bereiches sind. Die Prüfung der Gleichwertigkeit erfolgt nach den jeweiligen Bestimmungen hierzu in der DKG-Empfehlung durch die DKG bzw. in den landesrechtlichen Regelungen durch die jeweilige zuständige Stelle. Als zusätzliche Anforderung wird normiert, dass die Stationsleiterin oder der Stationsleiter ab dem 1. Januar 2024 eine Weiterbildung im pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ nachweisen muss. Eine vierjährige Übergangsregelung ist angemessen, um den Einrichtungen die Umsetzung dieser Anforderung zu ermöglichen.

Die Änderungen in den Nummern I.5.5.1 und II.5.6.1 erfolgen vor dem Hintergrund der Regelungen von Absatz 1 I.5.5 und II.5.7 Anlage 2 QFR-RL:

In den Regelungen zu den regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Fallbesprechungen, die möglichst nach einer Woche, spätestens aber nach 14 Tagen nach der Geburt fallbezogen stattfinden, wird ergänzt, dass nach Bedarf auch die Berufsgruppe einzubinden ist, die die professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern nach I.4.3 bzw. II.4.3 Anlage 2 dieser Richtlinie sicherstellt. Die Einbindung und der interdisziplinäre Austausch bereits zu diesem frühen Zeitpunkt kann für die gesamte gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung und Stabilisierung des Kindes und seiner Familie von entscheidender Bedeutung sein.

2.2 Zu den Änderungen in Anlage 6 QFR-RL

Die Datenfelder der Strukturabfrage orientieren sich an der Struktur der Anlage 2 sowie der Anlage 3 der QFR-RL und fragen die in der Anlage 2 festgelegten Anforderungen ab. Danach sind die in den Anlagen 2 und 3 vorgenommenen Änderungen in die Anlage 6 entsprechend übertragen worden. Der Grad der Verbindlichkeit der Merkmale ist den jeweiligen Formulierungen der Anlage 2 zu entnehmen. Die in diesen Tragenden Gründen für die Anlage 3 der QFR-RL ausgeführten Erläuterungen und Begründungen (siehe oben) gelten entsprechend auch für die Anlage 6 der QFR-RL. Gemäß § 10 Abs.1 werden alle Daten der Strukturabfrage kalenderjahrbezogen dokumentiert.

Nach der Übergangsregelung in § 10 Absatz 7 der Richtlinie erfolgt die Übermittlung der Daten der Strukturabfrage von den Einrichtungen an das IQTIG bis zum Erfassungsjahr 2019 in elektronischer Form auf Basis Checkliste gemäß Anlage 3. Die Anlage 6 findet dementsprechend gemäß § 10 Absatz 1 der Richtlinie erstmals für die bis zum 15. Januar 2021 zu erfolgenden Datenübermittlungen für das Erfassungsjahr 2020 Anwendung.

2.3 Zu den Änderungen in Anlage 7 QFR-RL

Die Änderungen in Anlage 7 sind Folgeänderungen der Änderungen in § 8.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 13.149 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 10.980 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 18. Oktober 2018 begann die AG QFR-RL mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In fünf Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der Arbeitsgruppe und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Plenums vom 18. Juli 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am 18. Juli 2019 eingeleitet. Die Rückmeldung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz wurde bereits im Rahmen des Verfahrens zum Beschluss über eine Änderung der QFR-RL vom 19. September 2019 berücksichtigt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Oktober 2019 beschlossen, die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborener zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage: Bürokratiekostenermittlung

Berlin, den 17. Oktober 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung anlässlich der Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL): Änderungen in Anlage 3 – Checklisten für das Nachweisverfahren und Anlage 6 – Datenfelder für die Strukturabfrage

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Der vorliegende Beschluss ändert die in Anlage 3 enthaltenen Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen an die perinatologischen Versorgungsstufen I bis II und in Anlage 6 die Datenfelder der Strukturabfrage für Perinatalzentren Level 1 und Level 2. Die in den Checklisten der Anlage 3 ergänzten Felder finden sich auch als zusätzliche Datenfelder in der Anlage 6 wieder. Die Erfüllung der Anforderungen ist wie bisher bis zum 30. September des jeweils laufenden Jahres gegenüber dem Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung in Form der Checkliste gemäß Anlage 3 nachzuweisen. Die jährliche Strukturabfrage gemäß Anlage 6 ist seit ihrer Einführung einmal jährlich bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres dem IQTIG zu übermitteln.

Mit Ergänzung der neuen Fragefelder unter den Ziffern I.2.2.2, I.2.2.3, I.2.2.5, I.2.2.7, I.2.2.13, I.2.2.14, I.2.2.16 und I.2.2.17 bzw. II.2.2.2, II.2.2.3, II.2.2.5, II.2.2.7, II.2.2.13, II.2.2.14, II.2.2.16 und II.2.2.17 in den bestehenden Checklisten gemäß Anlage 3 entsteht den betroffenen Perinatalzentren ein bürokratischer Mehraufwand, der folgendermaßen quantifiziert wird:

Standardaktivität	Min	Qualifikationsniveau	Bürokratiekosten je Einrichtung in €
Beschaffung der Daten	40	hoch (53,30 €/h)	35,53
Berechnungen durchführen	20	mittel (27,80 €/h)	9,27
Überprüfung der Daten und Eingaben	8	mittel (27,80 €/h)	3,71
Fehlerkorrektur	5	mittel (27,80 €/h)	2,32
Gesamt	73		50,83

Es ist davon auszugehen, dass durch die Erweiterungen in den Checklisten für die Perinatalzentren der Level 1 und 2 jeweils Bürokratiekosten je Einrichtung in Höhe von geschätzt rund 50,83 Euro entstehen. Bezogen auf die Gesamtzahl aller 206 Perinatalzentren der Level 1 und 2¹ ergibt dies insgesamt jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 10.471 Euro (50,83 Euro x 206).

Mit Ergänzung der Datenfelder in Anlage 6 entstehen infolge der jährlichen Strukturabfrage zusätzliche Bürokratiekosten von etwa 13 Euro je Einrichtung der Versorgungsstufe I und II; diesen liegt ein zeitlicher Aufwand von 28 Minuten bei mittlerem Qualifikationsniveau zugrunde. Bezogen auf die vorliegende Anzahl der Einrichtungen ergeben sich diesbezüglich jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 2.678 Euro (13 Euro x 206).

Zudem wird davon ausgegangen, dass für die Einarbeitung in die hinzugefügten Datenfelder der Checklisten ein einmaliger Zeitaufwand von 60 Minuten bei hohem Qualifikationsniveau einhergeht. Daraus ergibt sich für die jeweilige Einrichtung ein einmaliger Einarbeitungsaufwand von 53,30 Euro. Bezogen auf die vorliegende Anzahl von 206 Einrichtungen der perinatologischen Versorgungsstufen I und II wird von ungefähr 10.980 Euro (53,30 Euro x 206) einmalig entstehenden Bürokratiekosten ausgegangen.

¹ IQTIG Strukturabfrage gem. QFR-RL. Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2018. S. 28 01.07.2019.